

Risto Kaikkonen
Päivi Mäki
Tuovi Hakulinen-Viitanen
Jaana Markkula
Katja Wikström
Marja-Leena Ovaskainen
Suvi Virtanen
Tiina Laatikainen
(toim.)

Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot

RAPORTTI



RAPORTTI 16/2012

Risto Kaikkonen, Päivi Mäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen,
Jaana Markkula, Katja Wikström, Marja-Leena Ovaskainen,
Suvi Virtanen ja Tiina Laatikainen (toim.)

Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja THL

Taitto: Riitta Nieminen

Kannen kuvat: Rodeo.fi ja Risto Kaikkonen

ISBN 978-952-245-607-6 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-608-3 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

URN:ISBN: 978-952-245-608-3

[http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-245-608-3](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-608-3)

Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy
Tampere 2012

Kirjan kirjoittajat

Tutkija Ulpu Elonsalo (THL)
Tilastotutkija Jukka Ollgren (THL)
Tutkija Kari Haikonen (THL)
Tutkimuspäällikkö Tuovi Hakulinen-Viitanen (THL)
Kehittämispäällikkö Risto Kaikkonen (THL)
Kehittämispäällikkö Eila Linnanmäki (THL)
Ylilääkäri Tiina Laatikainen (THL)
Tutkija Jaana Markkula (THL)
Asiantuntija Päivi Mäki (THL)
Erikoistutkija Marja-Leena Ovaskainen (THL)
Tilastotieteilijä Risto Sippola (THL, kesään 2011 asti)
Tutkimusprofessori Suvi Virtanen (THL)
Tutkija Katja Wikström (THL)
Tutkija Anneli Yliherva (OY)

LATE-hankkeen työryhmä

Tutkimuspäällikkö Tuovi Hakulinen-Viitanen (THL)
Kehittämispäällikkö Risto Kaikkonen (THL)
Erikoistutkija Päivikki Koponen (THL)
Tutkimusprofessori Seppo Koskinen (THL)
Ylilääkäri Tiina Laatikainen (THL)
Tilastotieteilijä Esko Levälahti (THL)
17.10.2011 alkaen
Tutkija Jaana Markkula (THL)
Asiantuntija Päivi Mäki (THL)
Tilastotieteilijä Risto Sippola (THL)
kesään 2011 asti
Tutkimusprofessori Erkki Vartiainen (THL)
Tutkimusprofessori Suvi Virtanen (THL)
Tutkija Katja Wikström (THL)

Lasten ja nuorten terveysseurannan ja tilastoinnin kehittäminen -hankkeen ohjausryhmä

Borg Anne-Mari, Tampereen yliopisto
Gissler Mika, THL
Hartikainen Kauko, Suomen Kuntaliitto
Hietanen-Peltola Marke, THL
Iivari Annakaisa, STM
Kaukonen Pälvi, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Kolimaa Maire, STM
Komulainen Jorma, THL
Laatikainen Tiina, THL
Paahtama Soile, Suomen Kuntaliitto
Partinen Ritva, STM
Pelkonen Marjaana, STM
Pouta Anneli, THL
Puusniekka Riikka, THL
Saarinen Merja, STM
Sarlio-Lähteenkorva Sirpa, STM
Tuomola Pirjo, THL
Vartiainen Erkki, THL
Virtanen Suvi, THL

Tätä työtä on tuettu Suomen Akatemian apurahalla Nro 134918

Saatesanat

Hallituksen yksi tärkeimmistä painopisteistä on syrjäytymisen, köyhyyden ja terveysongelmien vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt teemasta viime syksynä poikkihallinnollisen hankkeen, jossa tärkeällä sijalla on lasten ja nuorten elinolosuhteiden parantaminen.

Vuoden vaihteessa on hallitusohjelman mukaisesti tehty jo perusturvan parannuksia. Erityisen tärkeää mielestäni oli yksinhuoltajaperheiden toimeentulotuen parantaminen.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteena on varmistaa hyvät peruspalvelut tulevaisuudessakin. Perusterveydenhuollon voimavarojen turvaamisella mahdollistamme kansalaisille yhtäläisen mahdollisuuden terveeseen ja pitkään elämään. Nyt on mahdollisuus kääntää suunta viime vuosien kehitykseltä, jossa terveyserot eri väestöryhmien välillä ovat kääntyneet kasvuun.

Hallituksen päätöksillä panostetaan erityisesti lasten ja nuorten tulevaisuuteen. Liian moni nuori on joutunut tilanteeseen, jossa syrjäytymisestä on tullut todellinen uhka. Oman elämän hallinnassa vaikeuksia kokevaa nuorta ei saa jättää oman onnensa nojaan. Yksi tärkeimmistä hallitusohjelman hankkeista onkin nuorisotakuu, jolla taataan kaikille nuorille koulutus-, harjoittelu-, työpaja-, kuntoutus- tai työpaikka.

Myös perheiden edellytyksiä työn ja perhe-elämän nykyistä parempaan yhteensovittamiseen on tärkeää vahvistaa. Joustavuutta perheen ja työn yhteensovittamiseen on kaivattu pitkään. Siksi hallitus on päättänyt uudistuksesta, jossa osa-aikainen työnteko ja lasten kanssa kotona oleminen mahdollistettaisiin nykyistä paremmin. Myös päivähoitomaksuja tulee muuttaa niin, että ne määräytyvät sovitun hoitoajan perusteella ja luovat taloudellisen kannusteen osa-aikahoidon käyttämiseen.

Hyvinvointia on tärkeää luoda laajalla eri yhteiskunnallisten toimijoiden yhteistyöllä. Yksin ongelmiansa kanssa painimaan jätetyt perheet joutuvat usein kohtuuttoman taakan kantajiksi. Oikea-aikainen tuki, jossa osataan nähdä yksilön ja perheen näkökulmasta vaikuttavimmat toimet estävät ongelmien kasvamisen.

Esimerkiksi lasten ja nuorten mahdollisuutta harrastaa on tärkeää vahvistaa eri toimijoiden paremman yhteistyön kautta. Harrastaminen ei saa olla kiinni siitä, onko varaa ostaa varusteita tai maksaa harrastusmaksuja.

Suomen nousu maailman johtavimpien hyvinvointivaltioiden joukkoon ei ole ollut sattumaa. Se on ollut sinnikkään työn tulos. Nyt tarvitaan samaa sinnikkyyttä hyvinvointivaltion päivittämiseksi.

Suomen terveyserot ovat haaste, mutta haasteita ei saa pelätä. Suomalaiset ovat aina osanneet kääntää mahdottoman mahdolliseksi. Ongelmien ratkaisemiseksi tarvitaan laajaa yhteistyötä, uutta ajattelua ja tutkimustietoa päätöksenteon pohjaksi.

Tutkimuksella onkin erityisen merkittävä rooli hyvinvointiyhteiskunnan kehittämisessä. Se tuo uusia ulottuvuuksia poliittiseen päätöksentekoon ja ohjaa päättäjiä näkemään hyvinvoinnin parantamiseksi tarvittavat toimet selkeämmin. Poliitikka on valintojen tekemistä ja näiden valintojen pitää olla kestäviä myös tulevia sukupolvia kohtaan.

Toivon tämän THL:n mittavan raportin kuluvan päättäjien käsissä ja omalta osaltaan ohjaavan päättäjiä tekemään viisaita valintoja.

Kiitokset raportin laatijoille hyvästä työstä.

Maria Guzenina-Richardson
peruspalveluministeri

Tiivistelmä

Risto Kaikkonen, Päivi Mäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Jaana Markkula, Katja Wikström, Marja-Leena Ovaskainen, Suvi Virtanen ja Tiina Laatikainen (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) Raportti 16/2012. 188 sivua. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-607-6 (painettu), ISBN 978-952-245-608-3 (verkko).

Sosioekonomiset terveys- ja hyvinvointierot on vaikea terveys- ja yhteiskuntapoliittinen ongelma. Nämä erot alkavat muotoutua jo varhaislapsuudessa ja niihin yhteydessä olevat tekijät ovat havaittavissa nuoruudessa sekä nähtävissä terveysongelmina aikuisuudessa, heikentyneenä toimintakykynä ikääntyessä ja eroina kuolleisuudessa.

Vuosina 2007–2008 toteutettiin Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen (LATE) -hankkeessa tiedonkeruu 10 terveyskeskuksen lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon määräaikaissä terveys tarkastuksissa. Lisäksi vuosina 2007–2009 kerättiin erillisotokset Turun kaupungista ja Kainuun maakunnasta osana THL:n ja Työterveyslaitoksen väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävää TEROKA-hanketta. Tiedonkeruun kohderyhmänä olivat puoli-, yksi-, kolme- ja viisivuotiaat lapset sekä kouluterveydenhuollossa ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokkien oppilaat. Tässä raportissa tarkastellaan näiden aineistojen avulla lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointieroja. Saadut tulokset osoittavat, että suomalaislasten terveydentila on yleisesti hyvä ja lapset ja lapsiperheet pääosin hyvinvovia, mutta lukuisia haasteita riittää erityisesti sosioekonomisten ja alueiden välisten erojen kaventamisessa.

Perheiden hyvinvoinnin kannalta tärkeissä elinoloihin liittyvissä asioissa havaittiin äidin koulutuksen mukaan selkeitä eroja. Esimerkiksi perheiden menojen kattaminen käytettävissä olevin tuloin oli vähemmän opiskelleiden äitien perheissä joka kolmannessa perheessä haasteellista, kun vastaavasti pidempään opiskelleiden äitien perheissä tulojen riittävyys koettiin ongelmaksi joka viidennessä perheessä.

Vanhemmat olivat eronneet sitä yleisemmin, mitä vanhempaa lasten ikäryhmää tarkasteltiin. Neuvolaikäisten lasten vanhemmista vain pieni osa oli eronnut, mutta kouluikäisten lasten kohdalla vanhemmat olivat eronneet useammassa kuin joka neljännessä perheessä. Lasten tapaamisjärjestelyjä tarkasteltaessa ilmeni, että eroperheessä, jossa lapsi ei asunut vanhemman kanssa samassa taloudessa, isää ei tavannut joka kuukausi lähes neljännes lapsista. Äidin koulutustaustalla ei havaittu olevan yhteyttä tapaamisjärjestelyihin.

Suurin osa huoltajista arvioi lapsensa terveydentilan hyväksi tai erittäin hyväksi, mutta enemmän opiskelleiden äitien perheissä arvio lapsen terveydentilasta oli yleisemmin erittäin hyvä kuin vähemmän opiskelleiden äitien perheissä. Myös terveydenhoitajien arvion mukaan suuri osa lapsista ja nuorista voi hyvin ja heidän

perheensä pystyvät tukemaan lasten tervettä kasvua ja kehitystä. Kuitenkin noin 5–15 %:ssa terveystarkastuksista terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta lapsen terveydentilasta tai hyvinvoinnista. Terveydenhoitajat raportoivat enemmän huolia niiden perheiden lasten terveydentilasta ja hyvinvoinnista, joiden äideillä oli vähemmän koulutusta. Esimerkiksi vähemmän koulutettujen äitien lapsilla oli enemmän ongelmia puheen sujuvuudessa kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Myös alemman koulutustason äitien perheissä sisaruksilla esiintyi enemmän puheen ja kielenkehityksen vaikeuksia kuin ylemmän koulutustason.

Suomen ainutlaatuinen neuvola- ja kouluterveydenhuoltojärjestelmä takaa sen, että maksuttomat rokotusohjelman mukaiset rokotteet ovat helposti kaikkien saatavilla. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista oli saanut kaikki rokotusohjelman mukaiset tutkimuksessa tarkastellut rokoteannokset. Tutkimus osoitti myös sen, että mikäli perheet joutuvat maksamaan rokotukset itse, ne eivät kohdennu tasarvoisesti kaikille.

Lasten ylipaino ja lihavuus on vakava kansanterveydellinen ongelma. Tämän tutkimuksen mukaan kolme- ja viisivuotiaista pojista 10 % ja tytöistä 15 %, mutta kouluikäisistä jo useampi kuin joka viides oli ylipainoinen tai lihava. Turkulaislapset, erityisesti pojat, olivat harvemmin ylipainoisia tai lihavia kuin lapset Kainuun maakunnassa. Ylipaino oli vähemmän opiskelleiden äitien lapsilla yleisempää kuin pidempään opiskelleiden äitien lapsilla ja niissä perheissä, joissa vähintään toinen vanhemmista oli ylipainoinen tai lihava. Neuvola- ja kouluikäisten lasten äideistä 40 % ja isistä 60 % oli vähintään ylipainoisia. Lihavia oli äideistä 12 % ja isistä 14 %. Vanhempien koulutus oli yhteydessä myös heidän omaan painoonsa. Vähintään ylipainoisia oli enintään ammatillisen tutkinnon suorittaneista isistä jopa 65 % ja äideistä 45 %.

Koulutusero näkyi myös ruokavalinnoissa ja lasten liikuntatottumuksissa. Rasvattoman maidon juominen ja kasvisten käyttö oli yleisempää niillä leikki-ikäisillä ja koulutulokkailla, joiden äideillä oli pidempi koulutus. Täysimetys toteutui 4 kuukauden ikään asti paremmin pidempään koulutettujen äitien lapsilla kuin vähemmän koulutettujen äitien lapsilla. Suuri osa leikki-ikäisistä ja ensimmäisen luokan oppilaista ulkoili tai harrasti liikuntaa suositusten mukaan. Noin kymmenesosalla tästä ikäryhmästä suositus ei kuitenkaan toteutunut. Kouluiässä lasten liikuntasuositusten toteutuminen oli sitä harvinaisempaa, mitä vanhemmasta koululaisesta oli kysymys. Lapset käyttävät paljon aikaa viihdemedian ääressä. Alle kouluikäisillä, ensimmäisellä ja viidennellä luokalla olevilla lapsilla, erityisesti pojilla, yli kahden tunnin päivittäinen ruutuaika arkisin oli harvinaisempaa korkeammin koulutettujen äitien perheissä kuin vähemmän koulutettujen.

Tässäkin tutkimuksessa havaittiin, että tupakointi ja itsensä tosi humalaan juominen oli yleisempää niillä nuorilla, joiden vanhemmat tupakoivat ja joilla oli vähintään lievästi kasvanut alkoholinkäytön riski. Vanhempien tupakointi on edelleen yleistä. Äideistä 15 % ja isistä 27 % tupakoi päivittäin. Lähes puolet enintään ammatillisen koulutuksen suorittaneiden äitien lapsista elää perheessä, jossa

ainakin toinen vanhemmista tupakoi. Tupakointi on nykyään siirtynyt pois sisätiloista, tämänkään tutkimuksen mukaan lapset eivät altistu kotona tupakansavulle. Raskausaikana äideistä tupakoi ensimmäisen kolmanneksen jälkeen 9 % ja imetysaikana 4 %. Raskaus- ja imetysajan tupakoinnissa oli lähes kolmin-nelinkertaiset erot vähemmän ja enemmän opiskelleiden äitien välillä. Isien päivittäisessä tupakoinnissa havaittiin kolminkertainen ero vähemmän koulutettujen ja korkeammin koulutettujen välillä. Alkoholia käytetään perheissä liikaa. Äideistä 6 % ja isistä jopa 28 % (perheistä joka kolmannessa) käytti alkoholia niin, että alkoholinkäytöstä aiheutuvan riskin voi sanoa olevan vähintään lievästi kasvanut. Vähemmän opiskelleet käyttivät hieman yleisemmin liikaa alkoholia.

Sosioekonomisten erojen kannalta positiivisiakin asioita havaittiin, sillä mm. lasten pitkäaikaissairastavuudessa, sairastuvuudessa infektio-tauteihin, säännöllisissä lääkityksissä tai antibioottien käytössä sekä perusterveydenhuollon lääkärikäynneissä tai hammaslääkärikäynneissä ei havaittu merkittäviä eroja äidin koulutuksen mukaan tai alueiden välillä. Myöskään nuorten masennusoireilussa, väsymyksessä ja uupumuksessa tai niskahartiasäryssä eroja ei havaittu. Suun terveydessä havaittiin kuitenkin sekä alue-eroja että eroja äidin koulutuksen mukaan. Turkulaiset ja korkeammin koulutettujen äitien lapset noudattivat useammin hampaiden harjaamisesta annettuja suosituksia. Samansuuntaiset erot näkyivät myös hampaiden reikiintymisessä, hammaskaries oli harvinaisempaa korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Lasten makeiden elintarvikkeiden käytössä ei todettu eroja äidin koulutuksen mukaan. Myöskään leipärasvan laadussa ja virvoitusjuomien käytössä ei havaittu sosioekonomisia tai alue-eroja tässä tutkimuksessa.

Turvalaitteista heijastimen käytössä ei ollut eroa alueiden eikä äidin koulustaustan mukaan. Sen sijaan äidin lyhyempi koulutus oli yhteydessä vähäisempään auton turvalaitteiden ja pyöräilykypärän käyttöön sekä riittämättömään uimataitoon.

Käytännössä suomalainen yhteiskunta on näyttänyt terveyserojen kaventamisen mahdollisuudet poistamalla sosiaaliryhmien väliset erot imeväisikäisten kuolleisuudesta ja tarjoamalla lapsille ja nuorille maksuttoman rokotusohjelman. Tämä osoittaa erinomaisesti, että moni muukin terveyseroja kaventava tuloksellinen toiminta on mahdollista tulevaisuudessa. Tämän kirjan tulokset antavat hyvän mahdollisuuden pohtia käytännössä, mihin asioihin ja toimiin tulisi päätöksenteon eri sektoreiden yhteistyössä keskittyä. Pääosaan tässä kirjassa esitetyistä terveys- ja hyvinvointieroista voidaan käytännössä vaikuttaa päätöksenteolla.

Terveydenhuoltolain (1326/2010, §12) mukaan kunnilla on velvollisuus seurata asukkaidensa terveyttä väestöryhmittäin. Suomessa on ollut varsin vähän valtakunnallista tietoa erityisesti pienten lasten terveydestä ja hyvinvoinnista ja erityisesti tieto lasten ja lapsiperheiden sosioekonomisista terveys- ja hyvinvointieroista on ollut niukkaa. THL:ssä on käynnistetty valtakunnallinen rokotusrekisterihanke. Oikea ja ajantasainen rokotustieto on tarpeen yksilötasoisien suojan varmentamisen lisäksi rokotusten vaikuttavuuden ja turvallisuuden seurannassa. Rekisterin myötä

tulevaisuudessa on mahdollisuus tarjota valtakunnallisen tiedon ohella myös yhtenäistä ja ajantasaista paikallista rokotuskattavuustietoa. Tämä raportti täyttää myös lasten ja lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia koskevaa tiedon puutetta ja antaa mahdollisuuden arvioida jatkotoimenpiteitä seurannan vakiinnuttamiseksi.

Asiasanat: lapsi, lapsiperhe, kasvu, kehitys, sosiaalinen asema, terveys, hyvinvointi, terveystottumukset, rokotuskattavuus, terveystarkastus, yhteiskuntapolitiikka

Sammandrag

Risto Kaikkonen, Päivi Mäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Jaana Markkula, Katja Wikström, Marja-Leena Ovaskainen, Suvi Virtanen och Tiina Laatikainen (red.). Ojämlighet i hälsa och välfärd bland barn och barnfamiljer. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 16/2012. 188 sidor. Helsingfors 2012. ISBN 978-952-245-607-6 (tryckt), ISBN 978-952-245-608-3 (nätversion).

Socioekonomisk ojämlikhet i hälsa och välfärd är ett svårt hälso- och samhälls-politiskt problem. Denna ojämlikhet börjar ta form redan i den tidiga barndomen, anknyttande faktorer kan observeras i ungdomen och de framträder som hälsoproblem i vuxen ålder, försämrad funktionsförmåga hos äldre och skillnader i dödlighet.

Inom ramen för projektet om utveckling av uppföljningen av barns och ungdomars hälsa (LATE) genomförde Institutet för hälsa och välfärd (THL) år 2007–2008 en datainsamling i anslutning till de periodiska hälsoundersökningarna vid barnrådgivningarna och inom skolhälsovården vid tio hälsocentraler. År 2007–2009 samlades dessutom separata urval in i Åbo stad och landskapet Kajanaland inom ramen för THL:s och Arbetshälsoinstitutets projekt TEROKA som syftar till att minska ojämlikheten i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Målgrupp för datainsamlingen var barn i åldern ett halvt år, tre år och fem år, och inom skolhälsovården eleverna i årskurs ett, fem och åtta (eller nio). I denna rapport granskas ojämlikheten i hälsa och välfärd bland barn och barnfamiljer utgående från det nämnda materialet. Resultatet visar att finländarna allmänt taget har en god hälsa och att barnen och barnfamiljerna till största delen mår bra, men det finns många utmaningar framför allt när det gäller att minska de socioekonomiska och regionala skillnaderna.

Beroende på mammans utbildning förekommer det tydliga skillnader i de faktorer som anknyter till levnadsförhållandena och som är viktiga för familjernas välbefinnande. Bland de familjer där mamman har en lägre utbildning har var tredje familj till exempel svårigheter att täcka familjens utgifter med tillgängliga inkomster, medan inkomsternas tillräcklighet upplevs som ett problem i var femte familj bland de familjer där mamman har en högre utbildning.

Ju äldre åldersgrupp av barn som granskas, desto vanligare är det att föräldrarna är frånskilda. Endast en liten del av föräldrarna till barn under skolåldern är frånskilda, medan föräldrarna till barn i skolåldern är frånskilda i fler än vart fjärde fall. I de familjer där föräldrarna är frånskilda och barnet således inte bor i samma hushåll som pappan, träffar nästan en fjärdedel av barnen inte sin pappa varje månad. Mammans utbildningsnivå har ingen koppling till hur familjen arrangerar dessa träffar.

Största delen av vårdnadshavarna bedömer att barnet har en god eller mycket god hälsa. I familjer där mamman har en högre utbildning är det vanligare att

barnets hälsa bedöms vara mycket god jämfört med familjer där mamman har en lägre utbildning. Också hälsovårdarna uppskattar att en stor del av barnen och de unga mår bra och att deras familjer har möjlighet att stödja en sund uppväxt och utveckling. Ändå hade en åtminstone lindrig oro för barnets hälsa eller välbefinnande uppkommit hos hälsovårdaren vid 5–15 procent av hälsoundersökningarna. Hälsovårdarna rapporterar en större oro för barnets hälsa och välbefinnande i fråga om familjer där mamman har en lägre utbildning. Barnen till mammor med lägre utbildning har till exempel mer talsvårigheter än barnen till mammor med högre utbildning. I familjer där mamman har en lägre utbildning förekommer också mer talsvårigheter och problem i språkutvecklingen hos barnets syskon än i familjer där mamman har en högre utbildningsnivå.

Finlands unika servicesystem inom rådgivning och skolhälsovård garanterar alla en möjlighet till gratis vaccin enligt vaccinationsprogrammet. Största delen av de barn som deltog i undersökningen hade fått alla de vaccindoser enligt vaccinationsprogrammet som granskades inom ramen för undersökningen. Undersökningen visar också att vaccinationerna inte fördelas jämlikt mellan alla familjer, om familjerna själva blir tvungna att betala för vaccinationerna.

Övervikt och fetma hos barn är ett allvarligt folkhälsoproblem. Denna undersökning visar att 10 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna i åldern tre och fem år är överviktiga eller feta. Bland barnen i skolåldern lider redan fler än vart femte barn av övervikt eller fetma. Bland barnen i Åbo, framför allt bland pojkarna, var övervikt och fetma inte lika vanligt som bland barnen i landskapet Kajanaland. Övervikt är vanligare bland barn till mammor med lägre utbildning än bland barn till mammor med högre utbildning och även i familjer där åtminstone den ena föräldern är överviktig eller fet. Sammanlagt 40 procent av mammorna och 60 procent av papporna till barn under skolåldern och barn i skolåldern lider åtminstone av övervikt. Totalt 12 procent av mammorna och 14 procent av papporna lider av fetma. Föräldrarnas utbildning har också en koppling till deras egen vikt. Rentav 65 procent av de pappor och 45 procent av de mammor som avlagt högst yrkesexamen är åtminstone överviktiga.

Skillnaderna i utbildningen syns också i kostvalet och barnens motionsvanor. Det är vanligare med fettfri mjölk och grönsaker bland sådana barn i lekåldern och barn som börjat i skolan vars mammor har en högre utbildning. Helamning fram till fyra månaders ålder genomförs i högre grad bland mammor med högre utbildning än bland mammor med lägre utbildning. En stor del av barnen i lekåldern och eleverna i årskurs ett rör sig utomhus eller motionerar enligt rekommendationerna. Hos ungefär en tiondel av denna åldersgrupp uppfylls rekommendationerna dock inte. Ju äldre skoleleven är, desto ovanligare är det att motionsrekommendationerna för barn i skolåldern uppfylls. Barnen använder mycket tid till underhållningsmedier. I familjer där mamman har en högre utbildning överskrids den dagliga skärmtiden på två timmar under vardagar inte lika ofta för barn under skolåldern och barn i årskurs ett och fem, framför allt pojkar, som i familjer där mamman har en lägre utbildning.

Också i denna undersökning observerades att rökning och berusningsdrickande är vanligare bland unga vars föräldrar röker och har åtminstone en lindrigt förhöjd risk för överkonsumtion av alkohol. Det är fortfarande vanligt att föräldrarna röker. Totalt 15 procent av mammorna och 27 procent av papporna röker dagligen. Nästan hälften av barnen till mammor som avlagt högst yrkesexamen lever i familjer där åtminstone den ena föräldern röker. Rökning förekommer inte längre inomhus, och denna undersökning visar inte heller att barnen skulle utsättas för tobaksrök i hemmet. Sammanlagt 9 procent av mammorna röker efter den första trimestern av graviditeten och 4 procent röker under amningstiden. När det gäller rökning under graviditeten och amningstiden är skillnaderna nästan tre- eller fyrfaldiga mellan de mammor som har en lägre utbildning och de mammor som har en högre utbildning. När det gäller den dagliga rökningen är skillnaden trefaldig mellan pappor som har en lägre utbildning och pappor som har en högre utbildning. Alkohol används i alltför stor utsträckning i familjerna. Sammanlagt 6 procent av mammorna och rentav 28 procent av papporna (en tredjedel av familjerna) konsumerar alkohol i den mån att risken för överkonsumtion betraktas vara åtminstone lindrigt förhöjd. En alltför stor alkoholkonsumtion är något vanligare bland dem som har en lägre utbildning.

Med tanke på den socioekonomiska ojämlikheten kunde dock även positiva faktorer observeras, eftersom inga betydande skillnader kunde observeras utgående från mammans utbildning eller mellan olika områden till exempel i fråga om långvarigasjukdomar, infektionssjukdomar, regelbunden medicinering, användning av antibiotika och antalet läkarbesök och tandläkarbesök inom primärvården. Skillnader observerades inte heller när det gäller symtom på depression, trötthet och utmattning eller värk i nacke och axlar bland unga. Beträffande munhälsan observerades dock både regionala skillnader och skillnader som berodde på mammans utbildning. Barnen i Åbo och barnen till mammor med högre utbildning iakttar oftare rekommendationerna om tandborstning än andra barn. Liknande skillnader förekommer också när det gäller tandkaries, som är ovanligare bland de barn vars mammor har en högre utbildning. Inga skillnader kunde konstateras i barnens konsumtion av söta livsmedel utgående från mammans utbildning. Inte heller när det gäller det matfett som används på brödet eller konsumtionen av läskedrycker förekommer några socioekonomiska eller regionala skillnader.

Användningen av reflexbrickor varierar inte regionalt och inte heller utgående från mammans utbildningsnivå. Däremot används säkerhetsanordningar i bilen och cykelhjälm i mindre omfattning bland barnen till mammor med en lägre utbildning, och även simkunnigheten är oftare otillräcklig bland dessa barn.

I praktiken har det finländska samhället påvisat möjligheterna att minska ojämlikheten i hälsa genom att eliminera skillnaderna i spädbarnsdödlighet mellan olika socialgrupper och genom att erbjuda barn och unga ett gratis vaccinationsprogram. Detta är ett utmärkt bevis för att det också i framtiden är möjligt att minska ojämlikheten i hälsa med hjälp av andra typer av framgångsrik

verksamhet. Undersökningens resultat ger goda möjligheter att dryfta vilka frågor och åtgärder beslutsfattandet borde fokusera på i samarbetet mellan olika sektorer. Största delen av de ojämlikheter i hälsa och välfärd som presenteras i denna publikation kan i praktiken påverkas genom beslutsfattandet.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010, 12 §) ska kommunen bevaka kommuninvånarnas hälsa inom varje befolkningsgrupp. I Finland har det funnits ganska lite riksomfattande uppgifter framför allt om hälsan och välfärden bland små barn, och i synnerhet uppgifterna om den socioekonomiska ojämlikheten i hälsa och välfärd bland barn och barnfamiljer har varit knapphändiga. THL har startat ett projekt om ett riksomfattande vaccinationsregister. Korrekta och uppdaterade uppgifter om vaccinationer behövs förutom för att säkerställa skyddet på individnivå också för att följa upp vaccinationernas effektivitet och säkerhet. I och med registret kommer det i framtiden att vara möjligt att vid sidan av riksomfattande uppgifter också erbjuda enhetlig och aktuell information om den lokala vaccinationstäckningen. Denna rapport avhjälper också bristen på information om barns och barnfamiljers hälsa och välfärd och ger möjlighet att överväga fortsatta åtgärder för att etablera uppföljningen.

Nyckelord: barn, barnfamilj, uppväxt, utveckling, social ställning, hälsa, välfärd, hälsovanor, vaccinationstäckning, hälsoundersökning, samhällspolitik.

Abstract

Risto Kaikkonen, Päivi Mäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Jaana Markkula, Katja Wikström, Marja-Leena Ovaskainen, Suvi Virtanen ja Tiina Laatikainen (edit.) Health and well-being inequalities among children and their families. National institute for health and welfare (THL) Report 16/2012. 188 pages. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-607-6 (printed), ISBN 978-952-245-608-3 (web).

Socio-economic inequalities in health and well-being are difficult health and political problem. These inequalities start to take a shape at an early age and the associated factors can be found early in life as well as the health problems seen in adulthood, a weakened functional capacity of the aging and differences in mortality.

During years 2007–2008, was carried out by Institute for Health and Welfare (THL) Child Health Monitoring Development project (LATE) data collection of 10 child healthcare units and school health services in normal children health monitoring. In addition, during the years 2007–2009 were collected also substudies in the City of Turku and the region of Kainuu as part of joint project of THL's and Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) called TEROKA which aims to reduce inequalities in health. In the data collection the target age-groups were half-, one-, three-, and five years of age, and from the school healthcare services of the first, fifth and eighth (or 9) grade students. In this report we use these data-sets to examine health and welfare inequalities among children and their families. The results show that the Finnish children's health is generally good and the children and families are mostly well off, but a number of challenges, in particular socio-economic and inter-regional disparities needs attention.

Inequalities in living conditions that are closely related to families' well-being were found using maternal education. For example, families ability to cover costs with the available funds was less prevalent among families with less educated mothers – in which the third found challenges, whereas the among families with longer educated mothers income adequacy was seen as a problem in the fifth.

The divorce rate among parents was the higher the older age of the children were examined. Parents with maternity clinic aged children (less than 1.st graders) only a small part was divorced, but the parents of the school-age children were divorced in more than one-fourth of the families. Children's meeting arrangements were examined and showed that among the divorced parents where the child did not live with a parent in the same household, the father did not meet child every month for nearly a quarter of the cases. Mother's educational background was not associated with the meetings.

The majority of parents assessed their child's health as good or very good. However in families with more educated mothers assessment of the child's health status was more often rated as very good compared with the families with less educated mothers. In addition the nurses estimated that most of the children health

and well-being is very well, and their families are able to support children's healthy growth and development. However, in about 5–15% of the health surveillance conducted by the nurses reported at least a slight concern for the child's health or well-being. The nurses reported more concerns about children's health and well-being among families with less educated mothers. For example, less educated mothers had more problems with speech fluency compared with more educated mothers. In addition among families with mother with lower level of education, the siblings had more speech and language difficulties compared with mothers with the upper level of education.

Finland has a unique maternity healthcare and school health service system which ensures that the free vaccination program and in accordance with the vaccines are readily available for everyone. The majority of children had received all the vaccinations and the doses of vaccine that were examined in this study. The survey also showed that if the families have to pay for vaccinations themselves, vaccinations do not distribute equally to all.

Children's overweight and obesity is a serious public health problem. This study showed that three- and five-year-old boys 10% and girls 15%, but the school for more than fifth was overweight or obese. Children living in the City of Turku, especially boys, were less often overweight or obese than children in the region of Kainuu. Obesity was less common in babies born to mothers with higher education than mothers with less education and also among children in families where at least one of the parents was overweight or obese. 40% of the mothers and fathers 60% had at least overweight. Obese mothers were 12% and fathers 14% were obese respectively. Parents' education was related to their own weight. Overweight was up to 65% among fathers and 45% among the mothers with not more than vocational education.

Educational difference was also seen in children's food choices and physical activity. Drinking of Skimmed milk and the use of vegetables were more common in those toddlers and 1st grade students whose mothers had a longer education. Full breast-feeding was completed better to four months of age with more educated mothers than less educated mothers. Most of the preschool-aged and first grade students took part in outdoor activities and exercised met the recommendations. However, approximately one tenth of this age group recommendation did not accomplish. School aged children's physical activity recommendations were met less common the older the students were. Children spend a lot of time in front of entertainment media. Children under school age, the first and fifth grade children, especially boys, more than two hours of daily screen time on weekdays was less common in mothers in families with higher education than families with the less educated mothers.

Again, found in this study that smoking and drinking to intoxication was more common in those adolescents whose parents smoke daily, and who had at least a slightly increased risk of alcohol use. Parental smoking is still prevalent. 15% of the

mothers and fathers 27% are daily smokers. Almost half of the children with not more than vocational educated mothers live in households in which at least one parent smokes daily. Smoking is now shifted away from the interiors, and this study shows that children are not exposed to tobacco smoke in their homes. Smoking among mothers during pregnancy after the first one-third was 9% and 4% during breast-feeding. Smoking during pregnancy and breast-feeding period was nearly three-fourfold between the less educated and more educated mothers. Fathers' daily smoking found three times more common among the less educated than more educated. Alcohol consumption in the family is too high. 6% of the mothers and fathers up to 28% (one-third of all families) used alcohol, so that the risks of the drinking of alcohol can be said to be at least slightly increased. Less educated used a little more often too much alcohol.

Also positive results concerning the socio-economic differences were observed, because for example chronic diseases among children, morbidity to infectious diseases, regular medication or antibiotic use and visits to primary health-care or visits to dental-care showed no significant differences according to mother's education, or region to another. Similarly, among young (9th graders) depression symptoms, tiredness and exhaustion, or shoulder-neck-pain differences were not found. However, in oral health regional differences and differences with maternal education were found. In Turku and more educated mothers followed the recommendations of teeth brushing more often. Parallel differences were also found in tooth decay and dental caries was less common in among children with higher educated mothers. Children's use of sweet foodstuff showed no differences with maternal education. Similarly, the quality of fat used on the bread and soft drinks available showed no socioeconomic or regional differences in this study.

Safety devices examined in this study, the use of reflector did not differ between the regions and had no association with the mother educational background. Instead, shorter maternal education was associated with a lower level of car safety equipment usage and helmet use and inadequate swimming skills.

In practice, the Finnish society has shown the potential to reduce health inequalities by eliminating the differences between social groups in infant mortality and the providing for children and young people a free vaccination program. This shows very well that many other activities to reduce health inequalities are possible in the future. The results of this book provide a good opportunity to reflect in practice, which issues in the decision-making and action should focus along with cooperation among different sectors. The majority of the health and well-being differences of this book set out, may be affected by the decision-making.

Health Care Act (1326/2010, § 12), obligates the municipalities to monitor the health of its inhabitants by population subgroup. In Finland national data concerning health and well-being of young children in particular, and the data of children and their families socio-economic inequalities in health and well-being has been scarce. THL has a launched a national immunization registry project. The

correct and up-to-date immunization information is necessary for the individual level of safety, in addition to vaccination, the effectiveness and safety monitoring. The register will in the future be able to offer a nationwide data, but it will also offer coherent and up-to-date area-level info of vaccination coverage. This report also fills the gap of the missing information of the children's and their families health and welfare and allows us to estimate further procedures to establish monitoring.

Keywords: child, family, growth, development, socioeconomic position, health, well-being, health behaviour, vaccination coverage, health examination, welfare policy

SISÄLLYS

Saatesanat.....	4
Tiivistelmä	6
Sammandrag	10
Abstract	14
1 JOHDANTO LASTEN JA LAPSIPERHEIDEN TERVEYS- JA HYVINVOINTIEROIHIN.....	21
2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET	26
3 AINEISTO JA MENETELMÄT	29
3.1 Tutkimuksen perusjoukko ja keruuperusteet.....	29
3.2 Alueellisen otoskoon määrittely ja merkitys tuloksia tulkittaessa	31
3.3 Tiedonkeruun suunnittelu ja toteutus	33
3.4 Aineisto	34
3.5 Tiedonkeruun menetelmät	36
3.5.1 Huoltajien ja nuorten kyselylomakkeet.....	36
3.5.2 Terveystarkastus	37
3.6 Tutkimuksen onnistumisen arviointi	39
3.7 Tilastolliset menetelmät	41
3.8 Tulosten raportointi	41
4 TULOKSET	43
4.1 Lasten ja perheiden elinympäristö	43
4.1.1 Vanhempien ikä, koulutus ja pääasiallinen toiminta	43
4.1.2 Perhetyyppi, tapaamisjärjestelyt erotilanteessa ja sisarukset.....	46
4.1.3 Perheessä puhutut kielet.....	47
4.1.4 Asuminen ja muutot	47
4.1.5 Menojen kattaminen tuloilla	48
4.1.6 Lapsen hoitojärjestelyt.....	50
4.1.7 Perheen yhteinen aika ja perheen saama tuki	50
4.1.8 Lasten käyttäytymiselle asetetut rajat ja kotiintuloajat.....	53
4.1.9 Harrastukset, ystävyysuhteet ja kiusaaminen	55
4.1.10 Koulunkäynnin tukimuodot.....	58
4.1.11 Johtopäätökset	61
4.2 Lasten kasvu, kehitys ja terveydentila	65
4.2.1 Ylipaino	65
4.2.2 Puheeseen liittyvät vaikeudet	69
4.2.3 Masennusoireilu	78

4.2.4	Lasten sairastavuus ja lääkkeiden käyttö.....	83
4.2.5	Terveyspalvelujen käyttö	88
4.2.6	Koettu terveys	91
4.2.7	Oireet	94
4.3	Lasten tapaturmat, turvalaitteiden käyttö ja riittävä uimataito	100
4.4	Rokotuskattavuus	107
4.5	Ateriointi ja ruokatottumukset.....	119
4.5.1	Imeväisikäiset	119
4.5.2	Leikki-ikäiset ja ensimmäisen luokan oppilaat	121
4.5.3	Kouluikäiset	122
4.6	Lasten ja nuorten terveystottumukset.....	128
4.6.1	Liikunta ja fyysinen aktiivisuus	128
4.6.2	Hampaiden hoito ja suun terveys	135
4.6.3	Kahdeksaluokkalaisten päivittäinen tupakointi	141
4.6.4	Kahdeksaluokkalaisten humalajuominen	145
4.7	Vanhempien terveystottumukset	148
4.7.1	Vanhempien ylipaino ja lihavuus (BMI).....	148
4.7.2	Vanhempien liikuntatottumukset	150
4.7.3	Vanhempien tupakointi.....	152
4.7.4	Lasten altistuminen tupakansavulle	156
4.7.5	Vanhempien alkoholin käyttö	156
4.8	Kokonaisarvio terveystarkastuksen perusteella	162
5	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	175

1 JOHDANTO LASTEN JA LAPSIPERHEIDEN TERVEYS- JA HYVINVOINTIEROIHIN

Risto Kaikkonen, Päivi Mäki, Tiina Laatikainen ja Eila Linnanmäki

Suomalaisten terveys on kehittynyt viime vuosikymmenten aikana varsin myönteiseen suuntaan. Vastasyntyneen elinajanodote on kaksinkertaistunut sadassa vuodessa (Koskinen ja Martelin 2007). Verenkiertoelinten sairaudet ja sepelvaltimotautikuolleisuus on vähentynyt merkittävästi 1970-luvulta lähtien. Työikäisillä on kuitenkin havaittavissa selkeitä terveys- ja kuolleisuuseroja sosiaalisen aseman mukaan, ja erot ovat osin jopa kasvaneet viime vuosikymmenten aikana. Vähemmän koulutetuilla, työntekijäammateissa toimivilla, työttömällä ja pienituloisilla on selvästi lyhyempi elinajanodote, heidän terveystottumuksensa ovat epäterveellisemmät, ja he saavat heikommin terveydenhuollon palveluita tarpeeseensa nähden (Palosuo ym. 2007).

Suomalaislasten menestystarinana voidaan pitää sitä, että perinataalikuolleisuus on vähentynyt koko Euroopan alhaisimmalle tasolle, ja alle 5-vuotiaiden lasten kuolleisuus on maailman alhaisinta (Rajantie ja Perheentupa 2005). Alueiden ja sosiaaliryhmien välisiä eroja perinataalikuolleisuudessa oli havaittavissa vielä 1990-luvulla, mutta ne olivat lähes täysin poistuneet 2000-luvun alussa. Sosiaaliryhmien välisten erojen on kuitenkin 2000-luvun alun jälkeen havaittu jälleen kasvaneen (Gissler ym. 2003; 2009, Rajantie ja Perheentupa 2005).

Lasten terveyden edistämistyössä on kuitenkin edelleen haasteita. Lasten ja nuorten ylipaino on keskeinen huolenaihe (Hakanen ym. 2006, Mäki ym. 2012). Lasten ja nuorten psykososiaalisen terveyden ongelmat, astma, allergia ja diabetes ovat yleistymässä. Yli 20 prosentilla lapsista on ainakin yksi pitkäaikaissairaus (Rajantie ja Perheentupa 2005, Hakanen ym. 2006). Lasten kroonisten sairauksien osalta erot vanhempien sosiaalisen aseman mukaan tarkasteltuna ovat kuitenkin lähes olemattomia (Gissler ym. 1998, 2003).

Suoraan terveyteen vaikuttavien tekijöiden, kuten elintapojen ja terveyspalvelujen käytön, lisäksi on tekijöitä, jotka vaikuttavat epäsuorasti lasten ja nuorten terveyteen. Näitä tekijöitä kutsutaan sosiaalisiksi determinanteiksi (Dahgren ja Whitehead 1991), joiksi luetaan muun muassa sosiaaliset verkostot, elin- ja työolosuhteet sekä kulttuuriset- ja ympäristötekijät. Esimerkiksi nuorten tupakoinnin ja alkoholinkäytön aloittamiseen vaikuttaa vahvimmin kavereiden terveystottumukset (Kemppainen 2007, Paavola ym. 1996).

Vanhempien sosiaalinen asema ja nuoren oma koulumenestys ovat selkeästi yhteydessä lasten ja nuorten sekä nuorten aikuisten terveystottumuksiin ja yleiseen

hyvinvointiin (Martelin ym. 2005, Kestilä ym. 2008, Kaikkonen ym. 2008a, Kaikkonen ym. 2008b) sekä ylipainoon (Kautiainen ym. 2009). Helsingissä toteutetussa tupakoinnin vähentämiseen tahtäävässä kouluinterventiossa todettiin, että 9. luokkalaisten huonosti koulussa menestyvien tupakointi oli jopa 10 kertaa yleisempää kuin hyvin koulussa pärjäävien (Vartiainen ym. 1993).

Sosioekonomisten tekijöiden vaikutuksesta koululaisten ja varsinkin alakoulu-
laisten ruokatottumuksiin on tehty melko vähän tutkimusta (mm. Roos ja Koskinen 2007). Raskausajalla, imeväisiässä ja lapsuudessa epäterveelliset ruokatottumukset kasautuvat vähemmän koulutettuihin väestöryhmiin (Uusitalo ym. 2008, Erkkola ym. 2009, Erkkola ym. 2010a, 2010b).

Lapsuuden ja nuoruuden elinolot ja varhain opitut tavat ja tottumukset kulkevat läpi ihmisen elämänkaaren ja niiden vaikutusta on vaikea poistaa aikuisuudessa (Kestilä 2008, Rajantie ja Perheentupa 2005, Mikkilä ym. 2005).

Sosiaalinen asema ei ole täysin yksilöstä itsestään riippuvainen asia, vaan siihen vaikuttaa ympäröivä yhteiskunta, sen rakenteet ja yksilön vaikutusmahdollisuudet. Suomalaista hyvinvointiyhteiskuntaa on rakennettu laajapohjaisen tasa-arvotavoitteen mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikilla tulisi olla yhtäläiset mahdollisuudet koulutukseen, peruspalveluihin, työnsaantiin ja elämisen kannalta riittävään tulotasoon. Perheiden osalta tilanne on kuitenkin huonontunut viimeksi kuluneiden vuosikymmenten aikana erityisesti tulojen osalta (mm. Sauli ym. 2011, Lammi-Taskula ja Salmi 2010).

Mistä tietoa lasten terveydestä ja hyvinvoinnista?

Vanhempien sosiaalisen aseman mukaan määrittävät lasten terveyserot ovat ikäryhmästä riippuen pahimmillaan jopa seitsenkertaisia. Lasten terveyteen epäsuorasti vaikuttavista tekijöistä ja sosiaaliryhmien välisistä eroista ei ole juuri tietoa, koska tutkimustieto etenkin alle 12 -vuotiaiden suomalaislasten terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä on kaikkineen yllättävän puutteellista. Kattavia tietoja on saatavilla tästä ikäryhmästä vain kuolleisuudesta, lääkkeiden erityiskorvausosoikeuksista, erikoissairaanhoidon käynneistä ja syntyneiden lasten rekisteriin kirjatuista tiedoista. Määrävuosin suoritettavien otantatutkimuksien ja erillistutkimuksien lisäksi on kerätty tietoja esimerkiksi imetyksestä (Hasunen 2006) ja rokotuskattavuudesta (THL).

Alle kouluikäisten ravitsemuksesta ei maassamme kerätä säännöllisesti lainkaan tietoa. Kaikki tieto tulee yksittäisistä terveystutkimuksista kuten Tyypin 1 Diabeteksen ennustaminen ja ehkäisy -hankkeen ravitsemustutkimuksesta (Kyttäjä ym. 2008). Yli kaksitoistavuotiaiden terveyttä ja hyvinvointia ja siinä tapahtuvia muutoksia on seurattu kyselytutkimusten avulla (mm. Kouluterveyskysely, WHO:n koululaistutkimus ja ESPAD-kysely alkoholin ja huumeiden käytöstä). Mittauksiin ja kliinisiin tutkimuksiin perustuvat objektiiviset tiedot terveydestä puuttuvat sekä alle että yli 11-vuotiaista lapsista ja nuorista. Useimmissa naista tietolähteistä ja tut-

kimuksista ei sosiaalista asemaa ole käytetty taustamuuttujana ja tietojen hyödyntäminen terveys- tai hyvinvointierojen kuvaamiseen on mahdotonta (mm. Roos ja Koskinen 2007).

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa kuntia seuraamaan väestönsä terveyttä väestöryhmittäin. Toistaiseksi etenkin lasten osalta tämä on ollut mahdotonta. Äitiys- ja lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksia tehdään säännöllisesti kaikille kohdeikäryhmiin kuuluville, mutta kertyvien tietojen tilastointi valtakunnalliseen käyttöön on ollut vähäistä. Tästä johtuen myöskään väestöryhmäeroihin liittyvä suomalaistutkimus ei ole kovin kattavaa ja käsittää lähinnä rekistereistä saatavia käynti- tai diagnoositietoja tai tietoja käynti- tai asiakasmääristä (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Vuoden 2011 alusta valtakunnallisesti alkanut perusterveydenhuollon AvoHILMO -tiedonkeruu täyttää osan kansallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietovarantojen tietoaukoista ja antaa aiempaa huomattavasti paremmat mahdollisuudet väestön terveysongelmien selvittämiseen (Tuomola 2011).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen -hankkeessa (LATE) on testattu mahdollisuuksia kerätä luotettavaa tietoa lasten ja nuorten terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä osana lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon määräaikaista terveystarkastuksia. Hankkeessa on myös määritelty sähköiseen potilaskertomukseen tarvittava rakenteinen kirjausmuoto, jotta tietojen tilastointi tai muu kerääminen terveysseurantaa varten yhdenmukaisena olisi mahdollista (Mäki ym. 2008).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on lisätä tietoa lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Tutkimus tuottaa tietoa lapsista, nuorista ja lapsiperheistä äidin sosiaalisen aseman mukaan ja pohtii niitä mahdollisuuksia, joita yhteiskunnalla olisi tämän rakenteellisen ongelman korjaamiseksi.

Lähteet

- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- Erkkola M, Kronberg-Kippilä C, Kyttälä P, Lehtisalo J, Reinivuo H, Tapanainen H, Veijola R, Knip M, Ovaskainen ML, Virtanen SM. Sucrose in the diet of 3-year-old Finnish children: sources, determinants and impact on food and nutrient intake. *J Nutr* 2009;101,1209–17.
- Erkkola M, Kyttälä P, Kronberg-Kippilä C, Ovaskainen ML, Tapanainen H, Veijola R, Simell O, Knip M, Virtanen SM. Alle kouluikäisten lasten ruoankäyttö ja ravinnonsaanti. *Suomen Lääkärilehti* 2010;65(34),2665–72.
- Erkkola M, Salmenhaara M, Kronberg-Kippilä, C, Ahonen S, Arkkola T, Uusitalo L, Pietinen P, Veijola R, Knip M, Virtanen SM. Determinants of breastfeeding in a Finnish birth cohort. *Public Health Nutrition* 2010;13(4),504–13.

- Gissler M, Rahkonen O, Järvelin MR, Hemminki E. Social class differences in health until the age of seven years among the Finnish 1987 birth cohort. *Soc Sci Med* 1998;12,1543–1552.
- Gissler M, Meriläinen J, Vuori E, Hemminki E. Register based monitoring shows decreasing socioeconomic differences in Finnish perinatal health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57(6),433–9.
- Gissler M, Rahkonen O, Arntzen A, Cnattingius S, Nybo Anderssen A-M, Hemminki E. Trends in socioeconomic differences in Finnish perinatal health 1991-2006. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009;63,420–425.
- Hakanen M, Lagström H, Kaitosaari T, Niinikoski H, Näntö-Salonen K, Jokinen E, Sillanmäki L, Viikari J, Rönnemaa T, Simell O. Development of overweight in an atherosclerosis prevention trial starting in early childhood. The STRIP study. *Int J Obes* 2006;30,618–26.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A, Rimpelä M. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes, Raportteja 21. Helsinki 2008.
- Hasunen K, Ryytänen S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:19. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki 2006.
- Kaikkonen R, Kostiaainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R, Koskinen S. toim. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 27/2008. Helsinki 2008a.
- Kaikkonen R. Lasten terveysseurannan tuloksia terveyserojen näkökulmasta (2008). Kirjassa Halstrup A. toim. Valtakunnalliset neuvolapäivät. Työpapereita 36/2008, Stakes. Helsinki 2008b.
- Kautiainen S, Koivisto AM, Koivusilta L, Lintonen T, Virtanen SM, Rimpelä A. Sociodemographic factors and secular trend of adolescent overweight in Finland. *International Journal of Pediatric Obesity* 2009;4,360–70.
- Kemppainen U. Ninth-Grade Adolescents' Health Behavior in Pitkäranta District (Russian Karelia) and in Eastern Finland: a Comparative and Predictive Cross-Cultural Study. Kuopion yliopisto 2007.
- Kestilä L. Pathways to health. Determinants of Health, Health Behaviour and Health inequalities in Early Adulthood. Publications of the National Public Health Institute. 23/2008. Yliopistopaino. Helsinki 2008.
- Kyttälä P, Ovaskainen M, Koronberg-Kippilä C, Erkkola M, Tapanainen H, Tuokkola J, Veijola R, Simell O, Knip M, Virtanen SM. 2008. Lapsen ruokavalio ennen kouluikää. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B32/2008. Helsinki 2008.
- Lammi-Taskula J, Salmi M. Lapsiperheiden toimeentulo lamasta lamaan. Kirjassa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S. toim. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos Teema;11. Yliopistopaino. Helsinki 2010.

- Martelin T, Koskinen S, Kestilä L, Aromaa A. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaan. Kirjassa Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A. toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005, s. 134–48. Vammala 2005.
- Mikkilä V, Räsänen L, Raitakari OT, Pietinen P, Viikari J. Consistent dietary patterns identified from childhood to adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Br J Nutr* 2005;93,923–931.
- Mäki P, Laatikainen T, Koponen P, Hakulinen-Viitanen T, LATE-työryhmä. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen LATE-hanke. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 28/2008. Helsinki 2008.
- Mäki P, Sippola R, Kaikkonen R, Pietiläinen K, Laatikainen T. Lasten ylipaino ja sen määrittämisen ongelmat. *Suomen Lääkärilehti* 2012,10, 767–777.
- Paavola M, Vartiainen E, Puska P. Predicting adult smoking. The influence of smoking during adolescence and smoking among friends and family. *Health Educ Res* 1996;11,309–15.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. toim. Terveiden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007.
- Rajatie J, Perheentupa J. Lasten terveys. Kirjassa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. toim. Suomalaisten terveys. Duodecim. Helsinki 2005.
- Roos E, Koskinen S. Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus koululaisten ruokatottumuksiin. *Suomen Lääkärilehti* 2007;62,2051–2056.
- Sauli H, Salmi M, Lammi-Taskula J. Kriisistä kriisiin – lapsiperheiden toimeentulo 1995–2009. *Yhteiskuntapolitiikka* 2011;5.
- Tuomola P. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2012. Määrittely ja ohjeistus. THL-luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 4;2011. Helsinki 2011.
- Uusitalo L, Uusitalo U, Ovaskainen ML, Niinistö S, Kronberg-Kippilä C, Marjamäki L, Ahonen S, Kenward MG, Knip M, Veijola R, Virtanen SM. Sociodemographic and lifestyle characteristics are associated with antioxidant intake and the consumption of their dietary sources during pregnancy. *Public Health Nutrition* 2008;11,1379–88.
- Vartiainen E, Tossavainen K, Koskela K, Korhonen HJ. Koulun terveystasvatus-ohjelmien vaikutus nuorten tupakointiin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1993;30,334–47.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET

Päivi Mäki ja Risto Kaikkonen

Vaikka Suomessa on kattava ja ainutlaatuinen lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelujärjestelmä, suomalaisista lapsista on hyvin vähän valtakunnallista tilastotietoa. Erityisesti pienten lasten terveydentilaa koskeva tieto on puutteellista ja väestöryhmittäinen tieto on lähes olematonta. Valtakunnallista lasten terveysseurantaa on kehitetty vuodesta 2006 alkaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (aikaisemmin Kansanterveyslaitos) Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen -hankkeessa (LATE). LATE-hankkeen tavoitteena oli laatia suunnitelma valtakunnallisesta lasten terveysseurannan toteuttamisesta. Hanke oli osa laajempaa lasten ja nuorten terveysseurannan ja tilastoinnin kehittämishanketta, jota koordinoi sosiaali- ja terveysministeriön asettama ohjausryhmä. LATE-hanke päättyi vuoden 2011 alussa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Työterveyslaitoksen väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävän TEROKA-hankkeen yksi päätavoitteista on terveyseroseurannan vakiinnuttaminen Suomeen. Lisäksi Terveydenhuoltolaki (1326/2010, §12) velvoittaa kuntia seuraamaan asukaidensa terveyttä väestöryhmittäin. Näiden hankkeiden ja velotteiden pohjalta syntyi tarve lasten terveys- ja hyvinvointieroja koskevan tiedon raportointiin.

Valtakunnallista tietoa lasten terveydentilasta on saatavilla erilaisista rekistereistä, kuten syntyneiden lasten rekisteristä, KELA:n lääkeräkisteristä, sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteristä (HILMO), kuolinsyyrekisteristä ja syöpärekisteristä. Rekisteritiedot perustuvat käynteihin, lääke- ja hoitomääräyksiin, sairauksiin tai kuolleisuuteen, eikä niiden perusteella saada kovin kattavaa kuvaa lasten terveydestä tai terveyteen vaikuttavista tekijöistä, laajemmasta lasten hyvinvoinnista puhumattaakaan. Nuorten itsensä raportoimaa tietoa on ollut saatavissa kattavasti vain yläkouluikäisistä ja toisen asteen opiskelijoista Kouluterveyskyselyn, WHO:n koululais-tutkimuksen-, ESPAD-tutkimuksen ja Nuorten terveystapatutkimuksen tietoihin perustuen. Lisäksi rokotuksista ja imeväisikäisten ravitsemuksesta on saatu tietoa valtakunnan tasolla. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmä on laajentunut vuonna 2011 kattamaan myös perusterveydenhuollon avohoidon (AvoHILMO). AvoHILMO on kuntien perusterveydenhuoltoa velvoittava ja se tulee täyttämään suuren puutteen kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon tietovarannoissa ja antaa aiempaa huomattavasti paremmat mahdollisuudet väestön terveysongelmien selvittämiseen. AvoHILMO -tietojen avulla seurataan mm. asetuksen (VNA 338/2011) mukaisten lasten määräaikaisten terveystarkastusten toteutumista. Lisäksi rekisteriin kerätään myös terveystarkastuksissa mitatut pituus- ja painotiedot, joka mahdollistaa jatkossa mm. lasten ylipainon kehityksen seurannan. (Tuomola 2011.)

Sosioekonomiset terveyserot on vaikea terveys- ja yhteiskuntapoliittinen ongelma. Terveyseroilla tarkoitetaan terveydentilassa, toimintakyvyssä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ilmeneviä eroja sosioekonomisten väestöryhmien välillä. Sosioekonomisen aseman osoittimina käytetään yleensä koulutusta, ammattiin perustuvaa sosiaaliluokkaa, työmarkkina-asemaa sekä tuloja ja varallisuutta. Vastavasti voidaan puhua terveyskuilusta esimerkiksi työllisen ja työttömän työvoiman välillä. Terveyserojen vähentyminen on ollut Suomen terveystalouden tavoitteena jo kahden vuosikymmenen ajan, mutta tavoitetta ei ole saavutettu, vaan erot ovat osittain jopa kasvaneet. Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (2008–2011) määritellään käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi (STM 2008). Suomalaisesta aikuisväestöstä on saatavilla kattavasti tietoja terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuudesta ja siihen keskeisesti vaikuttavista tekijöistä ja niiden muutoksista viime vuosikymmeninä (Palosuo ym. 2007). Aluetasosta tietoa ei kuitenkaan ole juurikaan saatavissa väestöryhmittäin (Kaikkonen ja Mäki 2009).

Sosioekonomisten terveys- ja hyvinvointierojen juuret ovat usein jo varhaislapsuudessa, niihin yhteydessä olevat tekijät ovat nähtävissä nuoruudessa, havaittavissa terveysongelmina aikuisuudessa, heikentyneenä toimintakykyä ikääntyessä ja selkeinä kuolleisuuseroina (Kaikkonen ym. 2009). Tieto lasten, nuorten ja lapsiperheiden sosioekonomisista terveyseroista on puutteellista. Tästä syystä LATE-hanke ja TEROKA-hanke keräsivät osana lasten terveysseurantahanketta erillisotokset Kainuun maakunnassa ja Turussa. Kyseisillä alueilla oli jo aiemmin tehty yhteistyötä TEROKA-hankkeen kanssa ja identifioitu kyseinen tietopuute (Kaikkonen ym. 2008). Kainuun maakunnalla ja Turun kaupungilla oli kiinnostusta lasten ja lapsiperheiden terveyseroja selvittävän tutkimuksen toteuttamiseen (Kaikkonen ja Mäki 2009). LATE-tutkimus alkoi keväällä 2007 kymmenessä pilottiterveyskeskuksessa eri puolilla Suomea (Mäki ym. 2008). Vuoden 2007 keväällä aloitettiin Kainuun ja syksyllä Turun erillisotoksien tiedonkeruu, jossa hyödynnettiin pilottitutkimusta varten kehitettyä tiedonkeruumenetelmää. Vain tutkimusterveystarkastus oli erillisotoksissa pilottitutkimuksen terveystarkastusta suppeampi, koska tutkittavia lapsia oli huomattavasti enemmän kuin pilottitutkimuksessa.

LATE-aineisto tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden tarkastella lasten, nuorten ja heidän perheidensä terveyseroja ikäryhmittäin, alueittain ja äidin koulutuksen mukaan. Tiedot on kerätty lasten määräaikaisista terveystarkastuksista. Tiedon keruuseen ovat osallistuneet kuntien omat terveydenhoitajat, jotka koulutettiin tutkimustiedonkeruuseen. Terveyspalveluiden työpanos aineiston keräämisessä on ollut merkittävä ja tärkeä edellytys tutkimuksen onnistumiselle. Tutkimuskokonaisuus auttaa lasten terveysseurannan keskeisen tietoaukon täyttämässä ja antaa mahdollisuuden arvioida jatkotoimenpiteitä seurannan vakiinnuttamiseksi.

LATE-hankkeen kokemukset terveystarkastuksessa kertyvän tiedon hyödyntämiseksi valtakunnallisessa lasten terveysseurannassa ovat olleet myönteisiä. Tutkimuksen perusteella voidaan arvioida, että terveystarkastuskäytäntöjä voidaan

riittävästi yhdenmukaistaa koulutuksella ja ohjeistuksella, jotta saadaan vertailukelpoista seurantatietoa. LATE-hankkeen työryhmä onkin tehnyt ehdotuksen (Mäki ym. 2008), että valtakunnallisessa lasten terveysseurantatiedon keruussa hyödynnetään mahdollisimman pitkälle lasten määräaikaista terveystarkastuksista kertyvää tietoa. Lasten terveysseurantajärjestelmän kehittämistyötä jatketaan THL:ssa mm. lasten ja nuorten terveydenhuollon tietorakenteet työryhmässä, joka toimii asiantuntijana lasten ja nuorten terveydenhuollon potilastietorakenteiden ja -mallien sekä niihin liittyvien luokitusten ja lomakkeiden kehittämistyössä ja ylläpidossa. Potilastietojärjestelmästä kerättyjen tietojen tarkastelu sosioekonomisten terveyserojen näkökulmasta edellyttäisi, että potilastietojärjestelmään kirjattaisiin koulutus- ja ammattitiedot rakenteisina ydintietoina. Rakenteiset ydintiedot eivät tällä hetkellä sisällä kyseessä olevia tietoja, joten kuntien on mahdotonta seurata asukkaidensa terveydentilaa väestöryhmittäin sosioekonomisen osoittimen mukaan, kuten terveydenhuoltolaki edellyttäisi. LATE-työryhmä on tehnyt vuonna 2007 asiasta esityksen potilastietojen ydintietoja määrittelevälle työryhmälle. Terveyserot olisi saatava osaksi tietoperusteista päätöksentekoa (Linnanmäki ym. 2009).

Lähteet

- Kaikkonen R, Kostiainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R, Koskinen S. toim. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008.
- Kaikkonen R, Mäki P. Alueellista terveysseuranta vauvasta vaariin. Tesso 8/2009.
- Kaikkonen R, Kestilä L, Kostiainen E, Mustonen N. Terveyserot kulkevat kehdestä hautaan. Tesso 8/2009.
- Linnanmäki E, Kaikkonen R, Murto J. Terveyserot näkyviksi tutkimustiedon avulla. Premissi 2/2009.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki 2008.
- Tuomola P. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2012. Määrittely ja ohjeistus. THL-luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 4/2011. Helsinki 2011.

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

Päivi Mäki, Risto Kaikkonen ja Tiina Laatikainen

3.1 Tutkimuksen perusjoukko ja keruuperusteet

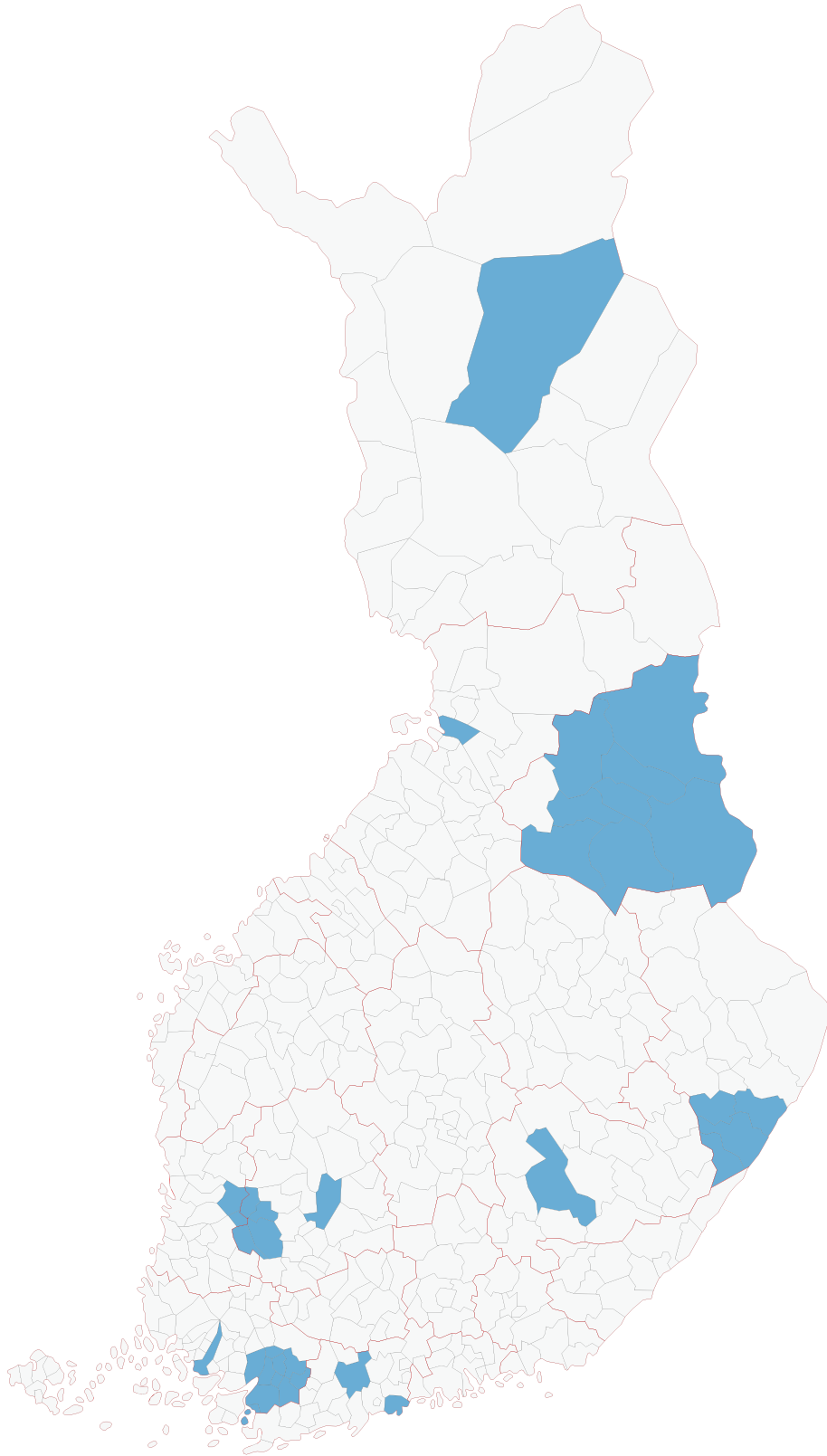
Lasten terveysseurannan kehittäminen -hankkeen (LATE) toteuttaman tutkimuksen perusjoukkona olivat kaikki tutkimuksen aikana lastenneuvoloihin tai kouluterveydenhuoltoon määräaikaiseen terveystarkastukseen tulleet puoli-, yksi-, kolme- ja viisivuotiaat lapset sekä ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen luokan oppilaat. Osa yläkoululaisten tutkimustarkastuksista on tehty 9. luokalla. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010). Tutkimusaineisto sisältää 1) eri puolilta Suomea kootun pilottitutkimusaineiston yhteensä 10 terveyskeskuksesta sekä 2) Kainuun maakunnassa ja 3) Turun kaupungissa toteutetut erillisotokset. Pilottitutkimuksen alueyksikköinä oli jokaisesta viidestä yliopistosairaalaapiiristä yksi suuren kaupungin terveyskeskus ja lisäksi jonkin pienemmän kunnan terveyskeskus, yhteensä 10 terveyskeskusta tai terveyskeskuskuntayhtymää. Pilottitutkimukseen osallistuivat Helsingin, Tampereen, Turun, Oulun, Vihdin, Sodankylän ja Mikkelin terveyskeskukset sekä Sastamalan, Salon seudun ja Keski-Karjalan terveyskeskuskuntayhtymät. Pilottitutkimukseen osallistui jokaisesta 10 terveyskeskuksesta yksi tai useampi lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon toimipiste. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010.) Erillisotosten yksikköinä olivat kaikki lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon toimipisteet Kainuun maakunnasta ja Turun kaupungista.

Pilottitutkimuksen otostavoitteena oli 20 lasta (10 tyttöä ja 10 poikaa) kustakin ikäryhmästä jokaisessa terveyskeskuksessa. Helsingissä otostavoite oli kaksinkertainen eli 40 lasta jokaisesta ikäryhmästä. Pilottitutkimuksen otostavoite oli yhteensä 1 540 lasta, lastenneuvoloissa 880 lasta ja kouluterveydenhuollossa 660 lasta. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010.)

Kainuun maakunnan ja Turun kaupungin erillisotoksissa otostavoitteena oli 430 lasta kustakin ikäryhmästä/alue. Yhteensä otos oli 3 000 lasta Kainuusta ja 3 000 lasta Turusta. Otannan perusteena oli saada riittävästi havaintoja, jotta myös väestöryhmittäisiä tuloksia voitaisiin esittää. Tämän saavuttamiseksi arvioitiin, että tutkimusta tulisi tarjota yhteensä noin 3 000:lle, jotta vastauksia saataisiin vähintään liki 2 000:lta heistä (ks. tarkemmin luku 3.2).

Tutkittavat valittiin sekä pilottitutkimukseen että erillisotoksiin siten, että kustakin ikä- ja sukupuoliryhmästä tutkimuksen käynnistymisestä lähtien terveystarkastukseen tulleet lapset otettiin mukaan tutkimukseen kunnes tavoitemäärä saavutettiin. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010.)

Tutkimuslomakkeet olivat saatavilla vain suomeksi. Tästä syystä tutkimukseen osallistuminen oli mahdollista vain niille lapsille ja perheille, joiden suomenkielen kielitaito oli riittävä.



Kuva 3.1.1. Kunnat, joiden toimintayksiköt olivat mukana LATE-aineistonkeruussa

Kuvapohja: Karttakeskus

3.2 Alueellisen otoskoon määrittely ja merkitys tuloksia tulkittaessa

Otoskokoa määriteltäessä turvaudutaan usein tilastollisiin laskentamalleihin. Tässä tutkimuksessa riittävän otoskoon laskennan apuna on käytetty ns. voimalaskelmaa (POWER) sekä havainnollistettu virhemarginaalin¹ vaikutusta tuloksen tulkintaan. Esimerkkinä ilmiön yleisyydestä käytetään suomalaismiesten päivittäistä tupakointia, jonka yleisyys vuonna 2007 oli 26 %. Myöhemmissä esimerkeissä käytetään myös naisten tupakoinnin yleisyyttä, joka oli samana vuonna 17 % sekä sukupuolittaisia koulutusryhmäeroja: alimman koulutusryhmän miehistä 37 %, keskimmäisen koulutusryhmän miehistä 29 % ja ylimmän koulutusryhmän miehistä 17 % tupakoi päivittäin. Naisilla vastaavat luvut ovat alimmassa koulutusryhmässä 28 %, keskimmäisessä 18 % ja korkeimmassa 11 % (Helakorpi ym. 2009).

Kun tarkastellaan pienintä otoksen osaryhmää, jossa tiedot esitetään sukupuolittain ja sosioekonomisen aseman mukaan kolmessa ryhmässä (esim. koulutuksen mukaan) saadaan laskennan pohjaksi tässä tapauksessa yhteensä kuusi ryhmää. Useimmiten laskelmissa ns. voimaksi asetetaan 0,8 ja laskennassa käytetään pohjalla jotakin tiedossa olevaa tulosta, kuten tässä tupakoinnin yleisyyttä (26 %). Laskutoimituksena saadaan yhteensä 293 henkilöä kuhunkin kuuteen pienimpään osaryhmään. Tämä henkilömäärä tarvitaan, mikäli halutaan todeta tilastollisesti merkitsevästi vähintään 10 prosenttiyksikön ero tupakoinnissa. Tämä tarkoittaa aluetta kohden vähintään 1 758 tutkimukseen osallistunutta henkilöä, jotta tiedot voidaan esittää väestöryhmittäin. Laskelmaan lisätään oletus, jossa 60 % kohde-ryhmästä osallistuu tutkimukseen, jolloin vähimmäisotoskoko aluetta kohden on 2 930 henkilöä aluetta kohden. Seuraavissa esimerkeissä käytetään oletetun 1 758 osallistuneen tietoja kuvaamaan mitä aineistosta voidaan sanoa. Tätä samaa perustetta seuraten voidaan asettaa määrällinen tavoite, mikä vähintään tulee LATE-tutkimuksessa alueelta saavuttaa, jotta tuloksia voidaan halutulla tavalla esittää.

Millaisia tulkintoja ilmiöstä voidaan LATE-tutkimuksen erillisotosten tietoihin pohjautuen esittää

- a. **yleisesti ja alueittain:** Yleisesti (sukupuolia tarkastellaan yhdessä) voidaan esittää alueen väestön tupakoinnin yleisyyden ollessa 26 % tulos, jossa on $\pm 2,1$ prosenttiyksikön virhemarginaali. Mikäli vastaajien tupakointia tarkastellaan alueen sisällä, vielä yhdeksänkin alueen 26 % tulos on hyödynnettävissä ± 6 prosenttiyksikön virhemarginaalilla. Tupakoinnin yleisyys olisi tällöin yhdellä yhdeksästä alueesta 95 % todennäköisyydellä 20–32 %:n välillä. Päivittäistä tupakointia koskevia päätöksiä voitaisiin suuntaa antavasti tehdä siis jopa yhdeksällä osa-alueella. Esimerkiksi kahden alueen tupakoinnin yleisyydessä 26 % ja 39 % välinen ero olisi vielä tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$).

¹ Virhemarginaalilla tarkoitetaan 95 % luottamusväliä

- b. sukupuolen mukaan ja sukupuolittain ikäryhmittäin:** Sukupuolittain voidaan esittää tupakoinnin ero siten, että miesten tupakoinnissa 26 % tulos sisältää $\pm 2,9$ prosenttiyksikön virhemarginaalin ja naisten 17 % sisältää $\pm 2,5$ prosenttiyksikön virhemarginaalin. Mikäli miesten ja naisten tupakointia tarkastellaan alueen sisällä, vielä kuuden alueen tulos on hyödynnettävissä miehillä, joilla yleisyys 26 %, $\pm 7,1$ prosenttiyksikön ja naisilla, joilla yleisyys 17 %, $\pm 6,1$ prosenttiyksikön virhemarginaalilla. Tupakoinnin yleisyys olisi tällöin miehillä yhdellä kuudesta osaryhmästä 95 % todennäköisyydellä 19–33 % välillä. Naisilla vastaava tulos olisi 11–23 % välillä.
- c. sukupuolen, koulutusryhmän ja alueen mukaan:** Mikäli tupakointi jaetaan sukupuolen ja kolmen koulutusryhmän mukaan voidaan miesten tupakointi esittää luotettavasti kaikissa koulutusryhmissä ± 5 prosenttiyksikön virhemarginaalilla. Miehillä alimman koulutusryhmän tupakoinnin yleisyys 37 % sisältäisi tällöin $\pm 5,5$ prosenttiyksikön virhemarginaalin, keskimmäisen koulutusryhmän 29 % tulos $\pm 5,2$ prosenttiyksikön virhemarginaalin ja korkeimman koulutusryhmän tulos 17 % $\pm 4,3$ prosenttiyksikön virhemarginaalin. Tällöin koulutusryhmien tulokset olisivat 95 % todennäköisyydellä alimmassa koulutusryhmässä 31,5–42,5 % välillä, keskimmäisen 23,8–34,2 % välillä ja ylimmän 12,7–21,3 % välillä. Naisilla vastaavasti alimman koulutusryhmän tupakoinnin yleisyys 28 % sisältäisi $\pm 5,1$ prosenttiyksikön virhemarginaalin, keskimmäisen koulutusryhmän 18 % sisältäisi $\pm 4,4$ prosenttiyksikön virhemarginaalin ja korkeimman koulutusryhmän 11 % sisältäisi $\pm 3,6$ prosenttiyksikön virhemarginaalin. Koulutusryhmien välinen ero tupakoinnin yleisyydessä miehillä alimman 37 % ja ylimmän koulutusryhmän 17 % välillä olisi vielä tilastollisestikin merkitsevä, vaikka alimman koulutusryhmän tupakoinnin yleisyys saataisiin vähenemään 10 prosenttiyksikköä ($p < 0,05$). Naisilla vastaavasti alimman koulutusryhmän 28 % ja ylimmän koulutusryhmän 11 % ero olisi vielä tilastollisesti merkitsevä, vaikka alimman koulutusryhmän tupakointia saataisiin vähennettyä 9 prosenttiyksikköä ($p < 0,05$).

Pienimmissä aineiston osaryhmissä, eli aineiston kuudesosissa, jolloin tarkastellaan esim. miesten ja naisten tupakointia koulutusryhmittäin, saadaan vielä 10 prosenttiyksikön ero tilastollisesti merkitseväksi kahden osaryhmän välillä. Sukupuolittain tarkasteltuna vielä noin 5 prosenttiyksikön erot sukupuolten välillä ovat tilastollisesti merkitseviä. Mikäli tarkastellaan kahden otosalueen välisiä eroja (kahta 3 000 otosta), tällöin voidaan havaita ilmiössä esiintyvät tilastollisesti merkitsevät erot kahden alueen välillä vielä selkeästi silloin kun ilmiön yleisyys on toisella alueella 20,0 % ja toisella alueella 23,7 %.

Tällä perusteella kerätyn LATE-aineiston osaryhmien koko on vielä riittävä lapsiväestön terveyden monipuoliseen kuvaamiseen ja siihen vaikuttavien tekijöiden, palvelujärjestelmän käytön jne. tarkastelemiseen. Tietoa voidaan varsin luotettavasti ja monipuolisesti käyttää päätöksenteon ohjauksessa.

3.3 Tiedonkeruun suunnittelu ja toteutus

LATE-tutkimuksen on suunnitellut ja toteuttanut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (entinen Kansanterveyslaitos) työryhmä (kuvattu kirjan alussa). Hankkeen koordinoinnista on vastannut sosiaali- ja terveysministeriön asettama ohjausryhmä (kuvattu kirjan alussa). Tutkimuksen suunnittelussa on tehty yhteistyötä mm. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin Lasten mielen-terveystyön kehittämishankkeen (LAMIKE-hanke) kanssa. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010.)

LATE-tutkimuksen sisältö suunniteltiin lastenneuvolatyötä ja kouluterveydenhuoltoa koskevien kansallisten suositusten pohjalta (STM 2004, Stakes 2002). Lisäksi suunnittelutyön aikana tutustuttiin muihin sekä kansallisiin että kansainvälisiin lasten terveystutkimuksiin ja konsultoitiin lukuisia lasten kasvun, kehityksen ja terveyden asiantuntijoita. Tutkimuksen tiedonkeruulla pyrittiin kattamaan lasten oman terveyden lisäksi myös kehitys- ja kasvu ympäristön kannalta merkitykselliset tekijät.

Pilottitutkimuksen tiedonkeruu alkoi maaliskuussa vuonna 2007 ja päättyi tammikuussa vuonna 2008. Tiedonkeruu Kainuun maakunnassa käynnistyi toukokuussa 2007 ja päättyi marraskuussa 2008 ja vastaavasti Turussa syyskuussa 2007 ja päättyi vuoden 2008 lopussa. Tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten terveydenhoitajat toteuttivat tutkimuksen tiedonkeruun virkatyönään. Pilottitutkimuksen toteuttamiseen osallistui 22 lastenneuvolan terveydenhoitajaa ja 24 kouluterveydenhoitajaa. (Mäki ym. 2008.) Kainuussa tutkimuksen erillisotoksen tiedonkeruun toteuttamiseen osallistui 45 terveydenhoitajaa ja Turussa 106.

Tutkimuksen tiedonkeruuseen osallistumisen edellytyksenä oli, että terveydenhoitajat oli koulutettu tutkimuksen toteuttamiseen. Pilottitutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat koulutettiin ennen tutkimuksen alkua Kansanterveyslaitoksessa (nyk. THL) kahden päivän koulutuksessa (Mäki ym. 2008). Erillisotosaineistoa keränneille terveydenhoitajille järjestettiin sekä Kainuussa että Turussa yksi koulutuspäivä tutkimuksen toteuttamisesta. Koulutuksessa käytiin läpi tutkimuksen toteutukseen sekä mittaamisen standardointiin liittyviä seikkoja, joita on kuvattu tarkemmin aiemmin ilmestyneissä raporteissa (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010). Kainuussa ja Turussa terveydenhoitajien mittaamat ja kirjaamat tiedot eivät olleet yhtä laajat kuin pilottitutkimuksessa. Kainuussa ja Turussa koulutukseen osallistui myös terveydenhoitajien esimiehiä ja tutkimuksen paikallisia yhdyshenkilöitä, jotka kouluttivat edelleen mm. uusia työntekijöitä ja sijaisia tutkimustiedonkeruuseen. Koulutuksen lisäksi kaikilla terveydenhoitajilla oli käytössään kirjallinen ohjeistus tutkimuksen toteuttamisesta.

LATE-tutkimus toteutettiin osana lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon määräaikaista terveystarkastuksia. Tutkimuksesta tiedotettiin ennen tutkimuksen alkua ja tutkimuksen aikana valtakunnallisissa ja paikallisissa tiedotusvälineissä. Tutkimukseen osallistumista tarjottiin kaikille määräaikaisiin terveystarkastuk-

siin tuleville lapsille ja heidän perheilleen, jotka kuuluivat tutkimuksen kohdeikäryhmiin. Tutkimukseen ei pyydetty mukaan lapsia ja perheitä, jotka eivät kyenneet vastaamaan suomenkielisiin tutkimuslomakkeisiin (esim. maahanmuuttajat). Terveystieteille korostettiin tutkimuksen tarjoamista kaikille kohderyhmään kuuluville, jotta tutkimukseen osallistuvat lapset eivät valikoituisi. Mikäli lapsi tai vanhemmat kieltäytyivät tutkimuksesta, terveydenhoitajat pyrkivät motivoimaan heitä tutkimukseen osallistumiseen, esimerkiksi kertomalla tutkimuksesta ja kehoittamalla tutustumaan tarkemmin tutkimuslomakkeisiin. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010.)

Tutkimuksesta kieltäytymisestä pidettiin kirjanpitoa. Kieltäytymisestä kirjattiin lapsen ikä, sukupuoli ja kieltäytymisen syy, mikäli se oli tiedossa. Kieltäytyneiksi katsottiin ne lapset, jotka ikäryhmänsä perusteella olisivat kuuluneet tutkimukseen, mutta eivät siihen syystä tai toisesta osallistuneet. Pilottitutkimuksen toteutus on kuvattu tarkemmin LATE-hankkeen raportissa (Mäki ym. 2008).

3.4 Aineisto

LATE-tutkimukseen osallistui yhteensä 6 509 lasta. Osallistumisaktiivisuus vaihteli ikäryhmittäin ja alueittain (taulukko 3.4.1). Lastenneuvolassa osallistumisaktiivisuus vaihteli välillä 72–91 %. Kouluterveydenhuollossa osallistumisaktiivisuudessa oli vaihtelua alueesta ja luokka-asteesta riippuen (64–88 %). Osallistumisaktiivisuutta ja siihen vaikuttaneita tekijöitä on kuvattu hankkeen aiemmin julkaistuissa raporteissa (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010).

Aluekohtaiseen laskennalliseen tavoitteeseen (3000 lasta/alue) ei erillisotoksissa aivan päästy, johtuen siitä, että aineistonkeruuprosessin kesto rajoitettiin vuoden 2008 loppuun, ja viimeisimmät lomakkeet saapuivat THL:lle vuoden 2009 alussa. Etenkin kouluterveydenhuollon terveystarkastuksista osa tehdään tietyssä aikana vuodesta, jolloin laskennallisen tavoitteen saavuttamiseksi olisi keruuta pitänyt jatkaa vielä noin vuodella. Lisäksi pienten lasten osalta tiedonkeruuta ei ollut järkevää jatkaa pidempään kuin 1,5 vuotta, koska tämän jälkeen jo kerran tutkitut lapset olisivat tulleet seuraavaan ikäryhmän määrääikaistarkastukseen. Tiedonkeruun jatkamista ei nähty tarpeelliseksi, koska aineiston keruun tavoitteen vähimmäistarve tulosten raportoinnin osalta saavutettiin.

Taulukko 3.4.1. LATE-tutkimukseen osallistuneet (N) ja osallistumisaktiivisuus (%) ikäryhmittäin ja alueittain.

Ikäryhmä	10 terveyskeskuksen pilotti (N=1 541)		Erillisotos Kainuun maakunnasta (N=2 472)		Erillisotos Turun kaupungista (N=2 496)		Yhteensä (N=6 509)	
	Osallistumisaktiivisuus		Osallistumisaktiivisuus		Osallistumisaktiivisuus		Osallistumisaktiivisuus	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0,5 v	220	92 %	322	91 %	451	80 %	993	86 %
1 v	219	91 %	245	84 %	257	76 %	721	83 %
3 v	220	91 %	285	85 %	276	80 %	781	85 %
5 v	217	90 %	363	82 %	323	72 %	903	80 %
Neuvola yht.	876	91 %	1 215	85 %	1 307	77 %	3 398	83 %
1. lk	224	84 %	400	84 %	492	77 %	1 116	81 %
5. lk	220	78 %	413	79 %	356	88 %	989	82 %
8./9. lk	221	64 %	444	65 %	341	85 %	1 006	70 %
Kouluterveyden huolto yht.	665	74 %	1 257	75 %	1 187	80 %	3 111	77 %
Yhteensä	1 541	83 %	2 472	80 %	2 496	80 %	6 509	80 %

Osallistumisaktiivisuuteen vaikuttaneita tekijöitä oli terveydenhoitajilta saadun palautteen perusteella useita (Mäki ym. 2008). Yleisimpiä tiedossa olevia syitä tutkimuksesta kieltäytymiselle olivat erilaiset perhetilanteesta johtuvat syyt tai 5. ja 8. luokkalaisten oma haluttomuus osallistua tutkimukseen. Kieltäytymisen syy ei ollut tiedossa kaikkien tutkimuksesta kieltäytyneiden osalta (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010).

Kainuun ja Turun erillisotoksissa kieltäytymisen syyt olivat pääosin samoja kuin pilottitutkimuksessa. Erityisesti kouluikäisten kohdalla tutkimukseen osallistumiseen vaikutti se, kuinka paljon ennen tutkimusajankohtaa nuoria informoitiin tutkimuksesta. Asennoituminen tutkimukseen oli kielteisempää ja tutkimukseen osallistuminen vähäisempää, jos aika informaation ja tutkimuksen toteutuksen välillä oli pitkä. Vanhempien suostumuksen lisäksi myös 5. ja 8. luokkalaiselta nuorelta itseltään vaadittiin allekirjoitettu suostumuslomake.

LATE-tutkimuksen osallistumisaktiivisuutta arvioitaessa on muistettava, että tutkimuksessa ei ollut varsinaista otosta, vaan kaikki kohdeikäryhmiin kuuluneet muodostivat kohdejoukon. Tällöin hoitajien muut työkiireet, lasten ja perheiden motivoinnissa tutkimukseen osallistumiseksi tapahtuneet muutokset, lomakkeiden unohtamiset sekä tutkittavan että hoitajan toimesta ovat mahdollisia valikoitumiseen vaikuttavia seikkoja. Lisäksi kieltäytyneitä koskeva kirjanpito ei arkityössä välttämättä ollut aina täydellistä. Näiden seikkojen voidaan kuitenkin arvioida olleen pieniä ja niiden ei voida olettaa aiheuttaneen tutkimuspopulaation valikoitumista. Osallistuminen oli kaikenkaikkiaan hyvää ja odotusten mukaista. Tulosten osalta vertailut muihin tutkimuksiin vahvistavat tätä tulkintaa.

3.5 Tiedonkeruun menetelmät

LATE-tutkimuksen tiedonkeruumenetelmät on kuvattu tarkemmin aiemmin ilmestyneissä raporteissa (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010). LATE-tutkimusaineisto sisältää eri tahoilta kerättyä tietoa lasten terveydestä ja hyvinvoinnista: terveydenhoitajan suorittama lapsen terveystarkastus kaikille ikäryhmille, kyselylomakkeet lasten huoltajille kaikissa ikäryhmissä sekä nuoren oma kyselylomake 8./9. luokkalaisille.

Lisäksi kerättiin tietoja lapsille annetuista rokotuksista. Rokotusten seurantalomakkeesta otettiin kopio, joka liitettiin lapsen tutkimuslomakkeisiin. Pilottitutkimuksessa kerättiin tiedot kaikista yksivuotiaille sekä ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen luokan oppilaille annetuista rokotuksista (Mäki ym. 2008). Kainuun ja Turun erillisotoksissa kerättiin rokotustiedot kaikista ikäryhmistä.

Kainuun ja Turun erillisotoksissa terveydenhoitajan suorittamasta terveystarkastuksesta kerättiin suppeammat tiedot kuin pilottitutkimuksessa. Kaikki pilottitutkimuksessa ja erillisotoksissa käytetyt tutkimuslomakkeet ovat saatavissa LATE-hankkeen kotisivuilta (www.thl.fi/lastenterveysseuranta).

LATE-aineistoon voidaan myöhemmin liittää tietoja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) syntyneiden lasten rekisteristä, hoitoilmoitus- ja syöpärekisteristä, Tilastokeskuksen kuolemansyyrekisteristä ja Kansaneläkelaitoksen (KELA) lääkerekisteristä. Tähän pyydettiin myös vanhempien suostumus.

3.5.1 Huoltajien ja nuorten kyselylomakkeet

Tutkimukseen osallistuneiden lasten huoltajat täyttivät kyselylomakkeen, joka sisälsi kysymyksiä lapsen perheestä ja elinympäristöstä, perheen sosiodemografisista tekijöistä, lapsen ja huoltajien terveystottumuksista (mm. ruoka- ja liikuntatottumukset, tupakointi ja alkoholinkäyttö), huoltajien ja sisarusten sairauksista, lapsen päivähoitojärjestelyistä tai koulunkäynnistä, tapaturmista, terveydentilasta, pitkäaikaissairauksista, tulehdustaudeista, oireista, lääkityksestä ja terveystalvelujen käytöstä. Huoltajille oli viisi erilaista kyselylomaketta lapsen iän mukaan: puoli- ja yksivuotiaiden, kolme- ja viisivuotiaiden, sekä ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokan oppilaiden huoltajien lomakkeet. Viidennen luokan oppilaiden huoltajien kyselylomake oli tarkoitettu täytettäväksi yhdessä nuoren kanssa erityisesti niiden kysymysten osalta, jotka käsittelivät nuoren terveystottumuksia.

Lapsen huoltajien kyselylomakkeisiin kuului lisäksi WHO:n kehittämä 10 kysymystä sisältävä alkoholinkäyttöä mittaava AUDIT-kysely (Alcohol Use Disorders Identification Test), johon vastaukset pyydettiin molemmilta vanhemmilta. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010.) AUDIT-kyselylomakkeessa oli täyttämisohteet ja ohjeet kokonaispisteiden laskemisesta. Kokonaispisteisiin perustuvasta arvioinnista vastaaja sai myös itse tietoa omasta alkoholinkäytöstään. Terveydenhoitajia ohjeistettiin keskustelemaan vanhempien alkoholinkäytöstä erityisesti lasten ja perheen elämäntilanteen näkökulmasta.

Huoltajat täyttivät kyselylomakkeen ja AUDIT-kyselyn kotona ennen lapsen terveystarkastusta. Terveystarkastajat tarkistivat kyselylomakkeen terveystarkastuksen aikana, tarkensivat ja täydensivät huoltajien kanssa tarvittaessa epäselviä kysymyksiä ja puuttuvia tietoja. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010.)

Kahdeksaluokkalaisten terveydentilaa (mm. koettua terveyttä), terveystyöskäytymistä, ruokatottumuksia, oireita, päihteiden käyttöä, seurustelua, terveystyöskäytymisen käyttöä, koulunkäyntiä, turvalaitteiden käyttöä, uimataitoa ja kiusaamista selvitettiin nuoren omalla kyselylomakkeella. Kyselylomake sisälsi myös RBDI-mielialakyselyn. Nuori täytti kyselylomakkeen juuri ennen terveystarkastusta tai terveystarkastuksen yhteydessä. Terveystarkastaja tarkasti lomakkeen terveystarkastuksen aikana ja tarkensi tarvittaessa nuorelle epäselviä kysymyksiä. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010.)

3.5.2 Terveystarkastus

LATE-tutkimukseen kuulunut terveystarkastus toteutettiin osana lastenneuvoloitten ja kouluterveydenhuollon määräaikaista terveystarkastuksia. Lastenneuvolassa lapset tulevat terveystarkastuksiin määräaikaistarkastusohjelman mukaan (STM 2004). LATE-tutkimustarkastukset tehtiin lastenneuvolassa, kun lapset tulivat normaaliin puoli-, yksi-, kolme- tai viisivuotistarkastukseen. Ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen tai yhdeksannen luokan oppilaille terveystarkastukset tehtiin kouluterveydenhuollon normaalin työjärjestyksen mukaan joko syys- tai kevätlukaudella. Osa ensimmäisen luokan oppilaiden terveystarkastuksista tehtiin jo kesällä ennen koulun alkua ja osa ensimmäisen luokan aikana. Terveystarkastuksissa kerätyt tiedot kirjattiin sekä manuaalisesti täytettäviin tutkimuslomakkeisiin että lapsen potilaskertomukseen. Huoltajat saivat tietoa lapsensa terveydestä terveystarkastuksen aikana, kuten normaalissa terveystarkastuksessa.

Tutkimukseen hyödynnettävä terveystarkastusosuus oli pilottitutkimuksessa kattavampi kuin Kainuun ja Turun erillisotoksissa. Pilottitutkimuksessa kerättiin melko kattavasti niitä tietoja, jotka kuuluvat normaaliin lasten kasvun ja kehityksen seurantaan lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa kussakin ikävaiheessa (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010). Pilottitutkimuksessa terveydenhoitajat mittasivat mm. painon, pituuden, päänympäryksen, vyötärönympäryksen (kouluikäiset) ja verenpaineen (5 v ja kouluikäiset), tutkivat näön, kuulon ja ryhdin (kouluikäiset) sekä arvioivat lapsen psykososiaalista ja neurologista kehitystä. Viisivuotiaille tehtiin Lene-arvio (Leikki-ikäisen lapsen neurologinen kehityksen arviointimenetelmä, Valtonen ym. 2003).

Koska erillisotoksessa jokaisella terveydenhoitajalla oli enemmän tutkittavia lapsia kuin pilottitutkimuksessa, tutkimuksen terveystarkastuslomakkeeseen kirjattiin vain keskeiset terveystarkastuksessa mitatut ja kerätyt tiedot, jotta tutkimuksen aiheuttama lisätyömäärä ei kuormittaisi terveydenhoitajia liikaa. Tutkimusterveystarkastuksia varten laadittiin muutaman sivun lomakkeet lastenneuvolaan ja

kouluterveydenhuoltoon. Kaikilta erillisotoksiin kuuluvilta lapsilta mitattiin pituus ja paino, kouluikäisiltä mitattiin lisäksi vyötärön ympärys ja verenpaine. Terveystarkastuslomakkeita suunniteltaessa kysyttiin myös kuntien toivomuksia kerättävän tiedon suhteen, joten Turun ja Kainuun lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon tutkimuksen terveystarkastuksissa kerätyissä tiedoissa on joitakin aluekohtaisia eroja. Ikäspesifejä kehityksen arviointimenetelmiä, kuten esimerkiksi viisivuotiaan Lene-tutkimusta, ei kuulunut erillisotosten tutkimusterveystarkastuksiin. Kaikki terveystarkastuksissa käytetyt lomakkeet löytyvät verkosta osoitteesta: www.thl.fi/lastenterveysseuranta.

Tutkimuksen terveystarkastukset tehtiin lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon toimitiloissa ja mittaukset tehtiin käyttäen kyseisen toimipisteen mittalaitteita. Terveystarkastajat tekivät mittaukset mahdollisimman standardoidusti saamansa koulutuksen ja yksityiskohtaisen kirjallisen ohjeistuksen mukaisesti. Mittaustulosten vertailtavuuteen vaikuttaa kuitenkin se, että laitteissa ja tiloissa oli toimipistekohtaisia eroja (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010). Kaikki terveystarkastuksissa tehdyt mittaukset on kuvattu yksityiskohtaisesti Lasten terveys -raportissa (Mäki ym. 2010). Kainuun ja Turun lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollon toimipisteissä kierrettiin auditoimassa mittausvälineistöä ja tutkimusten suorittamista vuoden 2008 syksyllä (ks. luku 3.6). Havainnot olivat yhteneviä pilottitutkimuksen vastaavien auditointien kanssa (Mäki ym. 2008).

Pituuden ja painon mittaaminen

Terveystarkastajat mittasivat pituuden ja painon kirjallisen ohjeistuksen mukaisesti kaikilta tutkimukseen osallistuneilta lapsilta ja nuorilta. Puoli- ja yksivuotiaiden lasten pituus mitattiin selinmakuulla lapsen pääläestä paljaisiin kantapäihin. Mittattaessa huomioitiin, että jalat eivät olleet varvasasennossa. Terveystarkastaja huolehti lapsen vartalon ja alaraajojen asennosta mittauksen aikana ja lapsen huoltaja avusti pitämällä lapsen päätä oikeassa asennossa mittauksen ajan. Pään asennossa huomioitiin, että korva-aukkojen ja silmien ulkonurkkien tuli olla mittauksen ajan mitaan nähden kohtisuorassa. Kolmevuotiaiden ja sitä vanhempien lasten pituus mitattiin seisten. Lapsi oli mitattaessa paljain jaloin kovalla alustalla jalat yhdessä kantapäät seinää vasten. Lisäksi huomioitiin, että selkä oli suorana seinää vasten ja katse suoraan eteenpäin. Lapsen polvet ja lonkat olivat suorina ja olkapäät rentoina. Pään asento tuli olla siten, että korva-aukot ja silmien ulkonurkat olivat samassa vaakatasossa. Mittausta haittaavat kampaukset otettiin pois ennen mittausta. Pituus luettiin mitta-asteikolta ja kirjattiin yhden millimetrin (1 mm:n) tarkkuudella.

Puoli- ja yksivuotiaat punnittiin pöytämallisessa vaa'assa ilman vaatteita ja vaippaa. Leikki-ikäiset ja kouluikäiset punnittiin alusasussa lattiamallisella henkilövaa'alla. Punnittaessa huomioitiin, että lapsi seisoo keskellä vaakaa, paino tasaisesti molemmilla jaloilla. Punnusvaa'aa käytettäessä vaa'an tasapainotus tuli tarkastaa päivittäin. Paino mitattiin ja tulos kirjattiin vaa'an mitta-asteikon tarkkuudella eli tulosta ei pyöristetty. (Mäki ym. 2010.)

Fyysisen ja psykososiaalisen kehityksen kokonaisarviointi

Terveystarkastuksessa kertyy runsaasti tietoa lapsen terveydestä ja kehityksestä monelta eri osa-alueelta, joten yhteenvedonomainen kokonaisarvio auttaa työntekijää suunnittelemaan tarvittavia jatkotutkimuksia, tukea tai hoitoa lapselle ja perheelle. Terveydenhoitajat tekivät tässä tutkimuksessa terveystarkastuksen lopuksi lapsen fyysisen ja psykososiaalisen kehityksen kokonaisarvion. Kokonaisarvio kehitettiin LATE-tutkimusta varten yhteistyössä Lasten mielenterveystyön kehittämisen hankkeen (LAMIKE) työryhmän kanssa. Arviointi pohjautuu lastenneuvolalomakkeiden terveydenhoitolehdillä aiemmin käytössä olleisiin A-, B-, C-, D- ja E-koodeihin. Arvio sisälsi viisi osa-alueita: huoli lapsen terveydentilasta, huoli psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydestä, huoli lapsen hoidosta ja kasvatuksesta, huoli perhetilanteesta sekä huoli lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta. Terveydenhoitajat arvioivat jokaisella osa-alueella huolen voimakkuutta asteikolla: ei huolta, lievää huolta, selvä huoli. Kokonaisarviointi pohjautui terveystarkastustilanteeseen, huoltajien kyselylomakkeista saataviin tietoihin sekä keskusteluihin huoltajien ja lapsen tai nuoren kanssa. Tarvittaessa huomioitiin myös päivähoidosta, opettajalta tai muilta oppilashuollon työntekijöiltä saatu tieto. (Mäki ym. 2010.)

3.6 Tutkimuksen onnistumisen arviointi

Pilottitutkimuksen onnistumista on arvioitu aiemmissa raporteissa (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010). Myös erillisotosten tiedonkeruu sujui hyvin ja etenkin neuvoloissa tutkimukseen osallistuttiin mielellään. Suuri kiitos onnistumisesta kuuluu aineiston keränneille terveydenhoitajille. Tutkimusta koskevat kysymykset ja mitaukset oli räätälöity sopimaan juuri kunkin ikäryhmän tarpeisiin ja niissä otettiin esille asioita, joita neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa tarkastellaan tai olisi hyvä ottaa puheeksi. Perheiltä saatu palaute oli pääpiirteittäin positiivista.

Tutkimuksen standardoitua tiedonkeruutapaa auditointiin Kainuussa tutkimuksen käynnistyttyä 22.–24.5.2007 ja hieman myöhemmässä vaiheessa Turussa syyskuussa 2.–3.9.2007. Auditoinneissa käytiin useissa lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon toimipisteissä.

Käynneillä seurattiin tutkimusterveystarkastuksia ja tarkasteltiin mittauksissa käytettävää välineistöä ja kyseltiin tutkimukseen liittyvistä havainnoista. Välineistö oli pääosin kunnossa ja tutkimusprotokollaa noudatettiin. Muutamissa tapauksissa kuitenkin havaittiin, että välineistössä oli selkeitä puutteita, mm. näöntarkastustaulut olivat kellastuneet tai tahriintuneet, valaistusolosuhteet puutteelliset, vaaka ei täyttänyt terveydenhuollon laitteille asetettuja kriteerejä, pituusmitan kiinnityskohta ei ollut tarkastettu tai paksut jalkalistat häiritsivät pituuden mittaamista.

Tutkimukseen osallistuneille terveydenhoitajille lähetettiin tutkimuksen päätyttyä sähköinen palautekysely tutkimukseen liittyen. Kyselyssä kysyttiin hoitajien taustatietoja, tutkimusta varten järjestetyn koulutuksen ja kirjallisten ohjeiden on-

nistumista, kokemuksia tutkimuksessa käytetyistä menetelmistä, kuten vanhempien alkoholinkäyttöä mittaavasta AUDIT-kyselystä ja nuorten masennusoireilua mittaavasta RBDI-kyselystä, huolen kirjaamisesta sekä käytettyjen lomakkeiden selkeyttä ja niiden käytettävyyttä. Lisäksi kysyttiin terveydenhoitajien arviota omien työtilojen ja tutkimusvälineiden soveltuvuudesta tutkimustarkoitukseen, vastasivatko välineet ja tilat tutkimusohjeistuksen kriteereitä. Terveydenhoitajia pyydettiin arvioimaan tutkimuslomakkeiden täyttämiseen kulunutta työaikaa ja kuormittavuutta sekä pohtimaan antoiko tutkimus uutta sisältöä terveystarkastukseen. Palautelomakkeessa kartoitettiin myös katoon vaikuttaneita tekijöitä, kuten tarjottiinko tutkimusta aktiivisesti kaikille kohderyhmiin kuuluville perheille ja mitkä olivat yleisimpiä syitä tutkimuksesta kieltäytymiselle. Lisäksi pyydettiin vapaata tekstimuotoista ja anonyymisti lähetettävää palautetta tutkimuksen toteutuksesta. Hieman alle puolet vastasi palautekyselyyn.

Terveydenhoitajien vastauksista havaittiin, että koulutus- ja ohjeistusmateriaali oli ollut riittävää. Kaksi kolmesta hoitajasta koki yhtenäisten kirjallisten ohjeiden olevan erittäin tarpeelliset terveystarkastusten sisällön ja mittauksen osalta. Kaiken kaikkiaan hoitajat kokivat tutkimuksen pääasiassa positiiviseksi, mutta myös kuormittavaksi lisätyömäärän vuoksi. Vastanneista hoitajista 40 % raportoi tutkimuksessa olleen mukana myös tutkimus- ja mittausten menetelmiä, mitä he eivät olleet aiemmin käyttäneet. Esimerkiksi AUDIT-kyselyä vanhemmille teki vastanneista hoitajista hieman alle neljännes säännöllisesti osana työtään. Kouluterveydenhuollon hoitajista RBDI-mielialakyselyä oli käyttänyt vain noin puolet hoitajista. Tutkimuksen lomakkeita määräaikaistarkastuksen apuna käytti noin 60 % vastanneista hoitajista. Työntekijän havaintojen pohjalta syntyvän huolen kirjaamista vähintään melko hankalana piti hieman alle viidennes hoitajista. Yli kolmannes vastaajista arvioi tarvitsevänsä nykyistä enemmän aikaa, mikäli tutkimuksessa kirjatut tiedot tulisi kirjata osana normaalia toimintaa sähköiseen potilaskertomukseen. Lisääjantarvetta koskeva arvio vaihteli ikäryhmän mukaan, mutta yleisesti lisääntynyt koettiin tarvittavan noin 10–30 minuuttia lasta kohden. LATE-tutkimuksen tietojen kirjaaminen vaati lähes puolelta hoitajista lisääntynyttä normaaliin terveystarkastukseen verrattuna ja yleisin arvio tarvittavasta lisääntymisestä oli noin 10–20 minuuttia. Hoitajilta kysyttiin myös oliko tutkimusta tarjottu kaikille määräaikaistarkastukseen aikaa varanneille perheille. Yleisin syy siihen, että tutkimusta ei ollut tarjottu, oli kielivaikeudet. Lomakkeistot olivat saatavissa vain suomenkielisinä. Toiseksi yleisin syy oli yksinkertaisesti unohtaminen. Yleisimmiksi syiksi tutkimuksesta kieltäytymiselle hoitajat vastasivat palautelomakkeella huoltajien tai lapsen kieltäytymisen ilman erillistä syytä. Yleisimmin ilmoitetut syyt kieltäytymiselle olivat liian vaikeat tai henkilökohtaiset kysymykset ja että huoltajat eivät kokeneet osallistumista hyödylliseksi. Monilapsisista perheistä usein vain yksi lapsista osallistui tutkimukseen.

3.7 Tilastolliset menetelmät

Tulosten taulukoinneissa ikäryhmittäiset (ikäryhmät erikseen, neuvola ja kouluterveydenhuolto yhteensä ja joissain tapauksissa kaikki ikäryhmät yhteensä) tulokset esitetään sukupuolen ja äidin koulutuksen mukaan jakaumatietoina perustuen yksinkertaisiin ristiintaulukointeihin. Luokiteltuja muuttujia on käsitelty joko esittämällä koko jakauma osaryhmittäin, määrittelemällä katkaisukohta erikseen tai laskemalla muuttujien arvoja yhteen ns. summamuuttujaksi. Jatkuvien muuttujien osalta käytetään pääosin keskiarvoja tai hajontalukuja. Lisäksi joissain tapauksissa esitetään maksimi- ja minimiarvot tai keskihajonta ja mittareihin sekä standardeihin perustuvia suureita, kuten BMI. Vastaavasti erilaisia summaavia ja kokonaisuuksia muodostavia muuttujien yhdistelyitä ja niiden pisteytyksiä on ollut tarpeen tehdä mm. ruokailua koskevissa kysymyksissä tai RBDI-mittarin yhteydessä. Näissä tapauksissa tarkastelun kuvauksissa esitetään mitä kysymyksiä tarkasteltavana olevan muuttujan muodostamisessa on käytetty.

Tulokset on laskettu hyödyntäen PASW (versio 18.0) ja SAS (versio 9.2) ohjelmistoja ja kuvioissa esitetään tuloksille binomijakaumaan perustuvat eksaktit 95 % luottamusvälit (virhemarginaalit). Kainuuta koskevissa tuloksissa on otettava lisäksi huomioon, että Kainuun osa-alueilla on tutkittu lähes kaikki tutkimuksen ikäryhmään kuuluvat lapset. Virhemarginaali ei ota huomioon populaation rajallista kokoa ja tällöin esitettävät tulokset ovat itse asiassa luotettavampia kuin virhemarginaalin perusteella voidaan olettaa.

3.8 Tulosten raportointi

Tässä raportissa kuvataan lasten, nuorten ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä ja niissä havaittavia alueellisia ja sosioekonomisia eroja LATE-pilottitutkimuksessa (Helsinki, Tampere, Turku, Oulu, Vihti, Salon seudun terveyskeskus, Sodankylä, Mikkeli, Sastamalan terveyskeskuskuntayhtymä ja Keski-Karjalan terveyskeskuskuntayhtymä) sekä erillisotoksissa Kainuun maakunnassa ja Turun kaupungissa. Raportti palvelee paitsi alueellista tarkastelua, myös valtakunnallisen terveyserojen seurantajärjestelmän kehittämistä. Aluetarkastelun kohteena olivat erityisesti Kainuun maakunnan ja Turun kaupungin erot.

Väestöryhmien välisiä eroja tarkastellaan äidin koulutuksen mukaan. Koulutusluokitus perustuu vanhempien itsensä ilmoittamiin koulutusta koskeviin kysymyksiin. Kyselylomakkeella kysyttiin molempien vanhempien peruskoulutusta: vähemmän kuin perus- tai keskikoulu (esim. kansa- tai kansalaiskoulu; alle 9 vuotta), perus- tai keskikoulu (9–10 vuotta), osa lukiota tai lukion päästötodistus (10–12 vuotta) tai ylioppilastutkinto. Tämän lisäksi kysyttiin molemmilta vanhemmilta erikseen korkeinta peruskoulutuksen jälkeen suoritettua koulutusta tai tutkintoa: enintään ammatillinen kurssi tai työpaikkakoulutus, ammattikoulu, ammatillinen koulu (esim. teknillinen koulu), ammattikorkeakoulututkinto, alempi korkeakou-

lututkinto, ylempi korkeakoulututkinto, liseniaatin tutkinto tai tohtorin tutkinto. Näistä muodostettiin kaksiluokkainen äidin koulutukseen perustuva jako, missä alempi koulutusryhmä kuvaa enintään ammatillista koulutusta ja ylempi vähintään opistotasoista koulutusta. Äidin koulutus valittiin perheen sosioekonomisen aseman osoittimeksi, koska vastauslomakkeista äitiä koskeva tieto oli kattavammin saatavissa ja sen on osoitettu olevan selkeämmin yhteydessä lasten terveyteen kuin isän koulutus.

Tässä raportissa on rokotuskattavuusosiota lukuunottamatta käytetty pääasias-
sa seuraavaa raportointirakennetta: ensin esitetään tarkasteltavan ilmiön yleinen
tilanne ikäryhmittäin ja tarvittaessa sukupuolittain Turussa ja Kainuun maakun-
nassa. Tämän jälkeen tilanne kuvataan kahdessa koulutusryhmässä koko aineistoa
hyödyntäen. Päälukujen lopussa päätulokset esitetään tiiviissä yhteenveto-osiossa.
Samaa rakennetta noudetaan jokaisen tarkasteltavan ilmiön raportoinnissa. Kirjan
lopussa esitetään tulosten pohdintaa kootusti.

4 TULOKSET

4.1 Lasten ja perheiden elinympäristö

Risto Kaikkonen ja Tuovi Hakulinen-Viitanen

4.1.1 Vanhempien ikä, koulutus ja pääasiallinen toiminta

Lasten huoltajien taustatiedoista ikää, koulutusta ja pääasiallista toimintaa kuvaavat tiedot kaikilta LATE-tutkimuksen tutkimusalueilta ovat taulukossa 4.1.1.1. Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat olivat keskimäärin samanikäisiä eri alueilla. Neuvolaikäisten lasten äitien keski-ikä oli pilottitutkimuksessa 32 vuotta, Kainuun erillisotoksessa 31 vuotta, Turun erillisotoksessa 32 vuotta ja koko aineistossa 31 vuotta. Neuvolaikäisten lasten isien keski-ikä oli 34 vuotta kaikilla alueilla ja koko aineistossa. Kouluikäisten lasten äitien keski-ikä oli 40 vuotta ja isien keski-ikä vaihteli 42–43 ikävuoden välillä eri alueilla. Lasten huoltajat olivat olleet tutkimukseen osallistuneen lapsen syntyessä pääosin noin 30-vuotiaita, mikä vastaa melko hyvin synnyttäjien keski-ikää. Vuonna 2010 synnyttäjien keski-ikä oli 30,1 vuotta ja ensisynnyttäjien 28,3 vuotta. Ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut 10 vuodessa 0,7 vuodella (Tilastokeskus 2011).

Neuvolaikäisten lasten vanhemmat olivat yleisemmin korkeammin koulutettuja kuin kouluikäisten lasten vanhemmat. Vanhempien koulutus vaihteli myös alueen mukaan. Kainuulaisäitien koulutustaso oli turkulaisäitejä alhaisempi. Kainuussa enintään ammatillisen tutkinnon suorittaneita oli äideistä 41 % kun vastaava luku Turussa oli 28 %. Turkulaisäideistä 45 % ilmoitti suorittaneensa vähintään ammattikorkeakoulututkinnon kun vastaava luku Kainuussa oli 29 %. Pilotin vastaavat luvut olivat Kainuun ja Turun lukujen välillä. Isien koulutustason alue-erot olivat samanlaiset kuin äitien. Turkulaisisien koulutustaso oli kainuulaisisiä korkeampi: kainuulaisisistä noin 64 % ja turkulaisisistä 42 % oli suorittanut enintään ammatillisen tutkinnon. Vastaavasti 39 % turkulaisisistä ja 17 % kainuulaisisistä oli suorittanut vähintään ammattikorkeakoulututkinnon. Koko aineistoa tarkasteltaessa koulutusjakauma noudatti pilotin jakaumaa ja noudatti melko hyvin vastaavankäisten suomalaisten koulutusjakaumaa. Lisäksi myös havaitut ikäryhmä- ja alue-erot noudattivat tutkintorekisteristä saatavia tietoja (Tilastokeskus 2007).

Lähes kaikki puolivuotiaiden lasten äidit olivat äitiysvapaalla ja yksivuotiaiden lasten äideistä yli 60 % oli hoitovapaalla tai hoitamassa omaa kotitalouttaan. Kaikkiaan neuvolaikäisten lasten äideistä noin joka toinen oli hoitovapaalla tai hoitamassa kotitaloutta, turkulaisäidit kainuulaisäitejä yleisemmin. Neuvola- ja kouluikäisten lasten isistä lähes 90 % oli lapsen ikään katsomatta kokopäivätöissä. Lapsen syntymä ei näyttänyt vaikuttavan juuri lainkaan isien työjärjestelyihin ja isät käyttivät harvemmin perhevapaita. Neuvolaikäisten lasten isistä vanhempain-

vapaalla tai hoitamassa kotitaloutta oli noin 1–2 %. Neuvolaikäisten lasten äideistä hieman useampi kuin joka neljäs oli kokopäivätyössä ja kouluikäisten lasten äideistä jo noin 70 %. Kouluikäisten lasten vanhemmista harvempi kuin joka kymmenes oli äitiys-, vanhempain- tai hoitovapaalla. Vaikka tutkimuksessa ei havaittu alue-eroja kokopäivätyötä tekevillä äideillä ja isillä, työttömyydessä alueet erosivat odotetun mukaisesti toisistaan. Kainuussa työttömyysaste oli Turkuä korkeampi. Kainuulaisäideistä työttömänä oli kaikkiaan 9 % ja isistä 5 % kun vastaavat luvut olivat Turussa 3 % ja 4 %. Työttömyys vuosina 2007–2008 oli työikäisessä väestössä hieman yleisempää kuin tähän tutkimukseen osallistuneissa perheissä (Tilastokeskus 2007; Työvoimatutkimus), mikä voi osittain johtua työttömien suuremmasta kieltäytymisestä tai tutkimuksesta poisjäännistä.

Taulukko 4.1.1.1. Neuvola- ja kouluikäisten lasten vanhempien ikä, koulutus ja pääasiallinen toiminta pilot-tiaineistossa, Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

	NLA Pilotti	NLA Kainuu	NLA Turku	NLA Koko aineisto	KTH Pilotti	KTH Kainuu	KTH Turku	KTH Koko aineisto	Yht. Pilotti	Yht. Kainuu	Yht. Turku	Yht. Koko aineisto
Huoltaja ikä												
Äidin ikä, keskiarvo	32	31	32	31	41	40	40	40	37	36	36	36
Isän ikä, keskiarvo	34	34	34	34	43	43	42	42	39	38	37	38
Äidin koulutus												
Enintään ylioppilas	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	4
Enintään ammatti- koulu	35	41	26	34	37	40	30	36	36	41	28	35
Enintään ammatillinen opistotutkinto	23	20	18	20	30	33	28	30	26	26	23	25
Vähintään ammatti- korkeakoulututkinto	38	34	52	42	29	24	37	30	34	29	45	36
Isän koulutus												
Enintään ylioppilas	5	2	5	4	6	5	7	6	6	4	6	5
Enintään ammatti- koulu	49	63	39	50	52	65	45	55	50	64	42	52
Enintään ammatillinen opistotutkinto	13	13	11	12	18	17	16	17	15	15	13	15
Vähintään ammatti- korkeakoulututkinto	33	22	45	33	24	13	32	22	29	17	39	28
Äidin pääasiallinen toiminta												
Kokopäivätyö	26	29	27	27	70	64	72	68	45	46	48	47
Osa-aikatyö	6	8	6	6	11	10	10	10	8	9	8	8
Opiskelija	5	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3
Työtön tai lomautettu	5	8	2	5	4	10	2	6	5	9	3	6
Äitiys-/vanhempain- vapaa	35	37	45	39	3	10	5	5	21	21	26	23
Hoitamassa kotia	21	13	14	8	5	4	4	2	14	9	9	10
Muu	2	2	2	2	4	4	2	3	3	3	2	3
Isän pääasiallinen toiminta												
Kokopäivätyö	87	86	84	85	89	86	89	88	87	86	86	87
Osa-aikatyö	3	3	5	4	3	2	3	3	3	3	4	3
Opiskelija	3	3	4	3	1	1	2	1	2	2	3	2
Työtön tai lomautettu	4	4	4	4	3	5	4	4	4	5	4	4
Isyys-/vanhempain- vapaa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hoitamassa kotia	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1
Muu	2	2	2	2	4	4	3	4	3	3	2	3

NLA: Neuvolaikäiset

KTH: kouluikäiset

4.1.2 Perhetyyppi, tapaamisjärjestelyt erotilanteessa ja sisarukset

Perhetyypit ja -rakenteet ovat monimuotoistuneet muutaman viime vuosikymmenen aikana huomattavasti. Suomalaisista avioliitoista eroon päätyy kaikkiaan lähes puolet. Avioeroista noin kolmannes tapahtuu lapsettomissa perheissä. Lapsiperheissä lasten lukumäärällä ei ole havaittu olevan vaikutusta avioerojen yleisyyteen (Kartovaara 2007). Koko lapsiväestöstä kuitenkin edelleen kaksi lasta kolmesta kuuluu perheeseen, jossa vanhemmat tai huoltajat ovat keskenään naimisissa (Pitkänen ja Jalovaara 2007). Kaikista perheistä yhden huoltajan perheitä on joka viides. Yksinhuoltajista valtaosa on äitejä (Tilastokeskuksen perhetilastot 2009).

LATE-tutkimuksen lapsista lähes kaksi kolmesta asui perheessä, jossa vanhemmat olivat avioliitossa. Avio- ja avoliitossa olevat perheet olivat Kainuussa Turkuja yleisempiä, kun taas muut perhetyypit olivat Turussa yleisempiä (taulukko 4.1.2.1). Erot alueiden välillä olivat pieniä neuvolaikäisten lasten perheissä, mutta selvemmin havaittavissa kouluikäisten lasten perheissä. Mitä vanhempaa ikäryhmää tarkastellaan, sitä yleisemmin vanhemmat olivat eronneet. Kun pienten lasten vanhemmista vain muutamia prosentteja oli eronnut, oli 8./9. luokkalaisten vanhemmista jo useampi kuin joka neljäs eronnut. Kaikkiaan kuitenkin kahden vanhemman perheessä lapsista asui kahdeksan kymmenestä kouluikäisistä, neuvolaikäisistä yhdeksän kymmenestä. Koko aineistoa tarkasteltaessa enemmän opiskelleiden äitien perheistä vanhemmat asuivat yleisemmin avioliitossa (ylempi 69 % vs. alempi 51 %) ja vähemmän opiskelleet avoliitossa (alempi 25 % vs. ylempi 17 %). Avioerot olivat myös hieman yleisempiä vähemmän opiskelleiden äitien perheissä (alempi 17 % vs. ylempi 11 %).

Eronneista äideistä keskimäärin useampi kuin joka neljäs ja eronneista isistä yli 40 % oli uudessa avio- tai avoliitossa. Eroperheissä, joissa lapsi ei asunut vanhemman kanssa samassa taloudessa, vain noin 2–5 % lapsista ei tavannut kuukausittain lainkaan äitiään ja äidin koulutuksella ei ollut yhteyttä tapaamisiin. Sitä vastoin eroperheissä isää ei tavannut joka kuukausi lähes neljännes lapsista ja koulutusryhmien välillä oli vain muutaman prosenttiyksikön ero. Koko LATE-aineistossa eroperheistä hieman suurempi osuus neuvolaikäisistä lapsista kuin kouluikäisistä, ei tavannut isää joka kuukausi.

Tutkimukseen osallistuneista lapsista sisarusksia oli 90 %:lla, yleisemmin vanhemmilla lapsilla. Yli viisilapsisia perheitä oli hieman yli 3 %. Muita kuin biologisia sisarusksia oli 8 %:lla tutkimukseen osallistuneista lapsista.

Taulukko 4.1.2.1. Neuvola- ja kouluikäisten lasten perhetyyppi ja tapaamisjärjestelyt vanhempien erotilanteissa pilottiaineistossa, Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

Perhetyyppi	NLA Pilotti	NLA Kainuu	NLA Turku	NLA Koko aineisto	KTH Pilotti	KTH Kainuu	KTH Turku	KTH Koko aineisto	Yht. Pilotti	Yht. Kainuu	Yht. Turku	Yht. Koko aineisto
Vanhemmat avioliitossa	63	62	61	62	63	64	57	61	63	63	59	62
Vanhemmat avoliitossa	27	30	27	28	10	13	9	11	20	21	18	20
Muu perhetilanne*	10	9	12	10	26	23	33	28	17	16	22	18
Tapaamisjärjestelyt eroperheissä												
Lapsi ei tapaa äitiä kuukausittain	2	4	0	2	5	5	1	3	4	5	1	3
Lapsi ei tapaa isää kuukausittain	25	27	28	27	19	24	19	21	21	25	21	23

* yksinhuoltajat, uusioperheet, ei koskaan yhdessä asuneet.

4.1.3 Perheessä puhutut kielet

Suomessa on väestötilastojen mukaan vieraskielisiä lapsia noin 3 %. Lapsiperheitä, joissa puhutaan vähintään yhtä vierasta kieltä, oli 5 % vuonna 2005 (Tilastokeskus; väestötilastot 2005). Tutkimusaineistossa 4,4 %:ssa perheistä puhuttiin useampaa kuin yhtä kieltä. Tuloksia tulkittaessa on otettava huomioon, että tutkimuslomakkeet olivat saatavilla vain suomenkielisinä, joten käytännössä jokaisessa perheessä osattiin suomea. Ruotsia samoin kuin venäjää puhuttiin reilussa 1 %:ssa tutkimukseen osallistuneista perheistä. Englantia puhuttiin 2,3 %:ssa perheistä ja viroa muutamissa perheissä. Muita kuin edellä mainittuja kieliä puhuttiin 2,5 %:ssa tutkimukseen osallistuneista perheistä. Äidin koulutuksella ja perheessä puhutuilla kielillä ei ollut yhteyttä.

4.1.4 Asuminen ja muutot

Mitä nuorempi lapsi oli, sitä yleisempää oli asua pienessä asunnossa, jossa on kaksi huonetta tai vähemmän. Kun koko aineistossa puolivuotiaiden lasten perheistä 19 % ilmoitti asuvansa enintään kaksiossa, oli vastaava osuus kolmevuotiaiden tai sitä vanhempien lasten perheissä 7 % tai vähemmän. Mitä vanhempi lapsi oli, sitä yleisemmin perhe asui isossa asunnossa (vähintään viisi huonetta). Kainuulaisperheet asuivat yleisemmin isommissa asunnoissa kuin turkulaisperheet.

Kouluikäisten lasten perheet olivat myös asuneet asunnoissaan selvästi pidempään kuin nuorempien ikäryhmien. Alueellisia eroja ei asumisen keston suhteen juuri ollut havaittavissa. Kun koko aineistossa viisi vuotta täyttäneiden tai sitä nuorempien lasten perheet olivat asuneet asunnoissaan keskimäärin enintään 3,3 vuotta, olivat kahdeksaluokkalaisten lasten perheet asuneet keskimäärin 8,7 vuotta nykyisessä asunnossaan.

Tilastokeskuksen väestötilaston (2005) mukaan lähes joka viides lapsi muuttaa vähintään kerran ensimmäisen elinvuotensa aikana. Koko tutkimusaineiston puolivuotiaista lapsista noin 12 % oli muuttanut vähintään kerran. Vastaavasti yksivuotiaista lapsista vähintään kerran muuttaneita oli joka viides. Kolmevuotiaista lapsista vähintään kerran muuttaneita oli joka toinen, viisi vuotta täyttäneistä noin 65 % ja ensimmäisen luokan oppilaista jo 70 %. Peruskoulun viides- ja kahdeksaluokkalaisten huoltajilta kysyttiin muuttokertoja koulunkäynnin aloittamisen jälkeen. Lähes kaksi kolmesta ei ollut muuttanut kertaakaan, joka viides kerran ja hieman yli 10 % useammin kuin kerran koulunkäynnin aloittamisen jälkeen.

Alueelliset erot muuttamisen suhteen olivat verrattain vähäisiä pienillä lapsilla, mutta isommilla lapsilla havaittiin, että kainuulaisilla muuttoa oli vähemmän kuin turkulaisperheillä. Myös peruskoulun viides- ja kahdeksaluokkalaisten nuorten kohdalla oli havaittavissa sama selkeä alue-ero koulunkäynnin aloittamisen jälkeen tapahtuneissa muutoissa. Tämä selittyy osittain kainuulaisten lähtötasoltaan hieman isompien asuntojen koolla verrattuna turkulaisiin perheisiin.

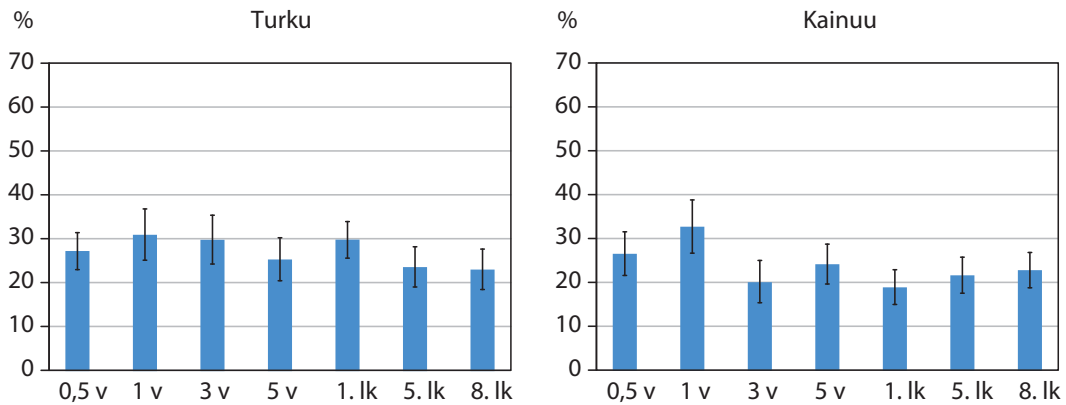
Äidin koulutuksella ja asunnon koolla oli yhteyttä. Koulutetumpien äitien perheet asuivat yleisemmin isommissa asunnoissa kuin vähemmän opiskelleet. Nykyisessä asunnossa asumisen kestossa ei havaittu eroja äidin koulutuksen suhteen, mutta enemmän opiskelleiden äitien lapset olivat muuttaneet hieman useammin.

4.1.5 Menojen kattaminen tuloilla

Vaikka yleinen varallisuus onkin lisääntynyt, on perheiden pienituloisuus lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana. Tämä tarkoittaa sitä, että suurempi väestönosa vastaavanikäisistä lapsiperheistä on yliedustettuna alimmassa ja aliedustettuna ylimmässä tuloviidenneksessä. Heikko tulotaso kasaantuu jo muutoinkin haavoittuvassa asemassa oleviin ryhmiin, etenkin yksinhuoltajiin ja monilapsisiin perheisiin. Alle kolmevuotiaiden lasten perheissä pienituloisuus on kasvanut nopeimmin (Tilastokeskus, Tulonjakotilaston aikasarja 2005, Sauli 2007). Etenkin pienten lasten vanhempien pienituloisuus on kasvanut nopeasti. Taloudellinen toimeentulo on keskeinen hyvinvoinnin osatekijä ja siinä koetut ongelmat ovat yhteydessä moniin muihin ongelmiin. Toimeentulon kokemista riittäväksi voidaan pitää myös yleisenä hyvinvoinnin mittarina.

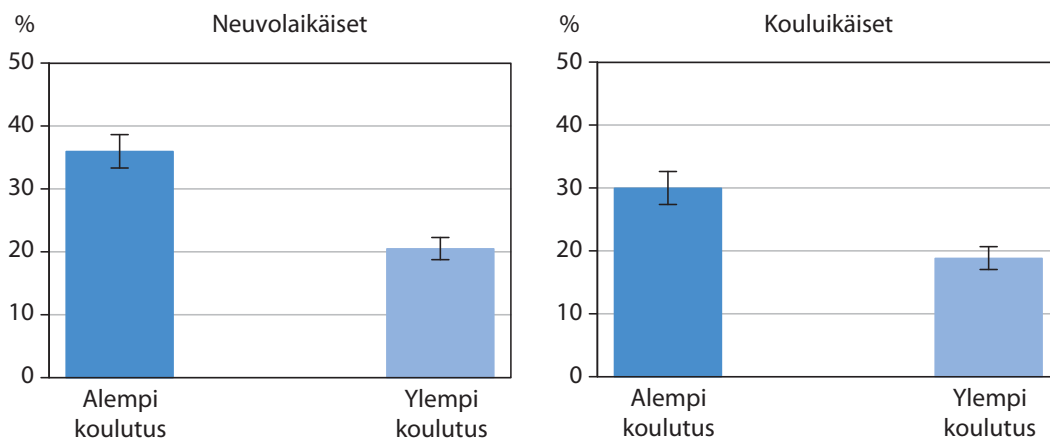
Perheen oma kokemus käytettävissä olevien tulojen riittävydestä menoihin nähden täydentää objektiivisia tuloja kuvaavia mittareita. Oma kokemus on sidonnainen omiin kulutustottumuksiin eikä pelkästään tulosidonnainen kuten objektiiviset mittarit. Perheillä voi olla hyvinkin erilainen tulkinta siitä, mitä he raportoivat hankaluuksina.

Tässä raportissa käytetään tarkastelussa niiden perheiden osuutta (%), jotka ilmoittivat menojen kattamisen käytettävissä olevilla tuloilla olevan vähintään melko hankalaa. Tieto on huoltajan raportoima.



Kuvio 4.1.5.1. Perheiden menojen kattaminen käytettävissä olevilla tuloilla vähintään melko hankalaa, lapsen ikäryhmän mukaan Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

Noin joka neljännessä perheessä menojen kattaminen käytettävissä olevilla tuloilla koettiin vähintään melko hankalaksi. Ikäryhmien tai alueiden välillä ei näyttänyt olevan isoa eroa. Vanhempiin ikäryhmiin kuuluvien lasten vanhemmat kokivat hieman yleisemmin tulonsa riittäviksi menoihin nähden. Turkulaisista 27 % ja kainuulaisista 23 % koki käytettävissä olevat tulonsa riittämättömiksi.



Kuvio 4.1.5.2. Perheiden menojen kattaminen käytettävissä olevilla tuloilla vähintään melko hankalaa, ikäryhmän ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Kun menojen kattamista käytettävissä olevilla tuloilla tarkastellaan äidin koulutuksen mukaan, havaitaan, että vähemmän opiskelleiden äitien perheistä jopa joka kolmannes koki menojen kattamisen käytettävissä olevilla tuloilla hankalaksi. Pidempään opiskelleiden äitien perheistä noin joka viides koki samoin. Neuvolaikäisten lasten perheissä koulutusryhmien väliset erot olivat kouluikäisten lasten perheitä suuremmat. Alueet eivät eronneet toisistaan koulutustarkastelun suhteen, vaan ero oli yhtä suuri niin Kainuussa kuin Turussakin.

4.1.6 Lapsen hoitojärjestelyt

Vanhemmilta kysyttiin neuvolaikäisten lasten hoitojärjestelyjä. Suomalainen vanheimpainvapaita koskeva lainsäädäntö ja päiväkotiverkosto subjektiivisine hoitopaikkaoikeuksineen mahdollistavat joustavat tavat toimia erilaisissa perhetilanteissa. Tutkimukseen osallistuneista puolivuotiaista lähes kaikkia (98,6 %) hoidettiin kotona ja pääasiallisin hoitaja oli äiti (97,5 %). Vastaavasti yksivuotiaista 82 % oli oman vanhemman kotihoidossa ja kolmevuotiaista vielä 42 %, mutta viisivuotiaista enää hieman yli neljännes. Päiväkodissa oli yksivuotiaista 6 %, kolmevuotiaista joka kolmas ja viisivuotiaista yli puolet. Perhepäivähoidossa oli yksivuotiaista 7 %, kolmevuotiaista 20 % ja viisivuotiaista 12 %. Muualla kuin kotona hoidossa oli puolivuotiaista reilu prosentti, yksivuotiaista 14 %, kolmevuotiaista 55 % ja viisivuotiaista 72 %.

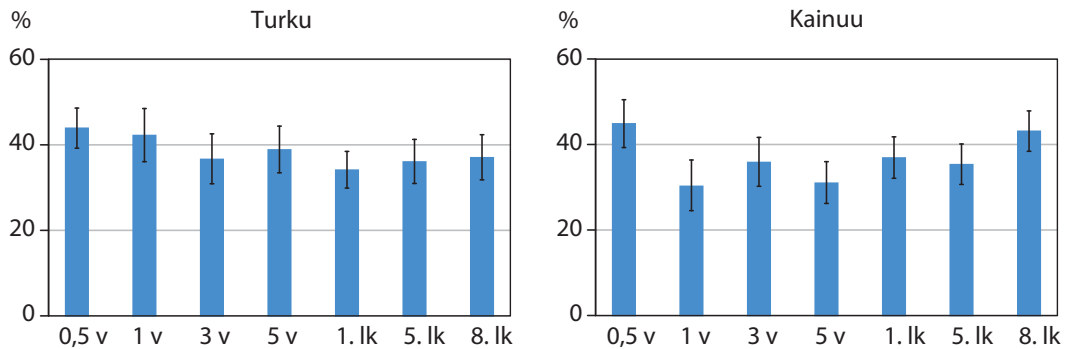
Alueelliset erot olivat suuria. Neuvolaikäiset turkulaislapset olivat selvästi (jopa kaksi kertaa) yleisemmin päiväkotihoidossa kuin kainuulaislapset, jotka olivat yleisemmin kotihoidossa. Myös äidin koulutuksella oli yhteys hoitojärjestelyihin. Enemmän opiskelleiden äitien lapsilla kodin ulkopuoliset hoitojärjestelyt olivat yleisempiä kuin lapsen hoitaminen kotona. Tarkastelussa ei huomioitu oliko perheessä muita pieniä lapsia.

4.1.7 Perheen yhteinen aika ja perheen saama tuki

Perheen yhteinen aika on tärkeää perheen hyvinvoinnille. Kodin, työn ja harrastusten yhteensovittaminen saattaa joskus olla hankalaa ja tällöin perheen yhteisille hetkille ei ole riittävästi aikaa. Vuonna 2006 noin kolmannes pikkulasten vanhemmista koki viettävänsä työnsä takia usein tai jatkuvasti vähemmän aikaa lastensa kanssa kuin haluaisi (Lammi-Taskula ja Salmi 2009). Perheiden yhteistä aikaa tulisi tukea työnantajien ja koko yhteiskunnan myönteisellä suhtautumisella lapsiperheiden tilanteisiin. Neuvolassa ja muissa perhepalveluissa kannattaa korostaa yhteisen ajan merkitystä lapsen kehitykselle ja kannustaa vanhempia järjestämään yhteistä aikaa koko perheelle ja myös parisuhteelle. (STM 2009.)

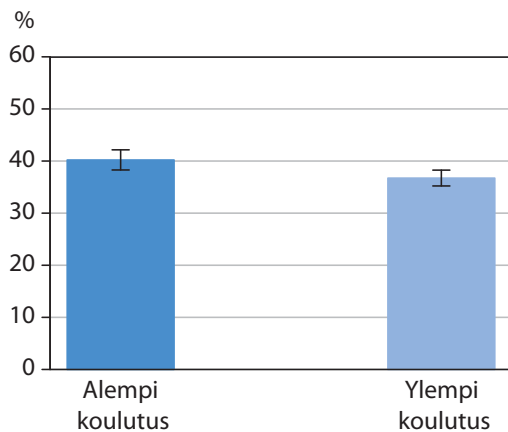
Yhteisen ajan riittävyys voidaan eri perheissä kokea eri tavoin. Tässä raportissa tarkastelussa ovat ne perheet, joissa huoltajat olivat osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että perheellä on riittävästi yhteistä aikaa.

Perheen yhteinen aika



Kuvio 4.1.7.1. Perheellä on riittävästi yhteistä aikaa, lapsen ikäryhmän mukaan Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

Noin 60 % huoltajista koki, että perheellä ei ole riittävästi yhteistä aikaa. Ikäryhmät eivät juurikaan eronneet toisistaan ajan riittävyyden suhteen. Neuvolaikäisten lasten vanhemmista turkulaiset raportoivat hieman yleisimmin yhteisen ajan olevan riittävää verrattuna kainuulaisvanhempiin.



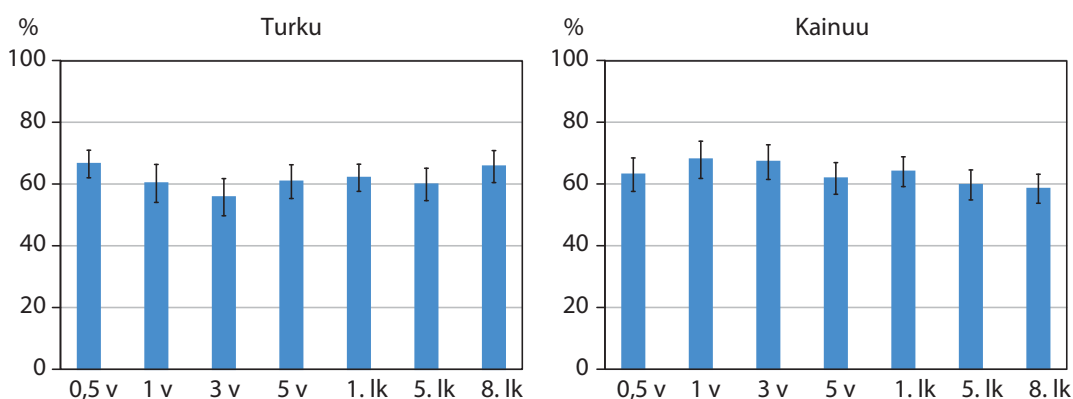
Kuvio 4.1.7.2. Perheellä on riittävästi yhteistä aikaa, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Äidin koulutus oli yhteydessä perheen yhteisen ajan riittävyyteen siten, että vähemmän koulutetut kokivat yhteistä aikaa olevan hieman enemmän kuin korkeammin koulutetut. Vähemmän koulutetuista 41 % ja enemmän opiskelleista 37 % koki yhteisen ajan riittäväksi. Alueiden välillä ei ollut eroa äidin koulutuksen ja yhteisen ajan riittävyyden suhteen.

Perheen saama tuki

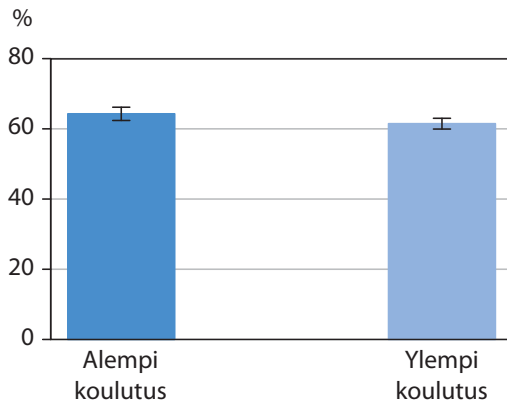
Perheen sosiaalisen ympäristön tarjoama tuki on tärkeä osatekijä vanhempien jaksamiselle ja näin myös koko perheen hyvinvoinnille. Niin pienten lasten hoitamisessa kuin varttuneempienkin lasten kanssa kodin, työn ja harrastusten yhteensovittamisessa tulee tilanteita, joissa sosiaaliset verkostot ja niiden tarjoama apu ovat avuksi vanhempien hyvinvoinnille ja jaksamiselle. Matka isovanhempien ja sukulaisien luo saattaa olla pitkä ja tällöin lähempänä olevat muut sosiaaliset verkostot ja niiltä saatava apu korostuvat. Perheitä tukevia toimia ovat erilaiset palvelut, tilanteet ja tilaisuudet missä tuetaan ja edistetään perheiden vertaistukea ja sosiaalisten verkostojen luomista. Niitä ovat mm. päivähoidon vanhempainillat, leikkipuistot, neuvolan vanhempainryhmät, perhekahvilat, koulujen vanhempainillat sekä ulkoilu- ja harrastusmahdollisuudet. Vanhemmat, jotka kokevat tuensaannin riittämättömänä ovat tilanteen pitkittyessä vaarassa uupua. Vanhempien uupuminen uhkaa koko perheen hyvinvointia. Kaikissa perhepalveluissa tulee vanhempia rohkaista hakemaan apua ajoissa.

Tarkastelu perustuu niiden vanhempien vastauksiin, jotka olivat täysin tai osittain sitä mieltä, että saavat tarvittaessa apua isovanhemmilta, muilta sukulaisilta, naapureilta tai ystäviltä.



Kuvio 4.1.7.3. Perhe saa tarvittaessa apua isovanhemmilta, muilta sukulaisilta, naapureilta tai ystäviltä, lapsen ikäryhmän mukaan Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

Noin 60 % huoltajista oli täysin samaa tai osittain samaa mieltä siitä, että perhe saa tarvittaessa apua läheisiltään. Noin 40 % vanhemmista ei kokenut saavansa tarvittavaa apua. Avunsaanti ei näyttänyt olevan yhteydessä lapsen ikään. Turkulaisvanhemmat kokivat hieman yleisemmin avunsaannin olevan riittävää kuin kainuulaisvanhemmat.



Kuvio 4.1.7.4. Perhe saa tarvittaessa apua isovanhemmilta, muilta sukulaisilta, naapureilta tai ystäviltä, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

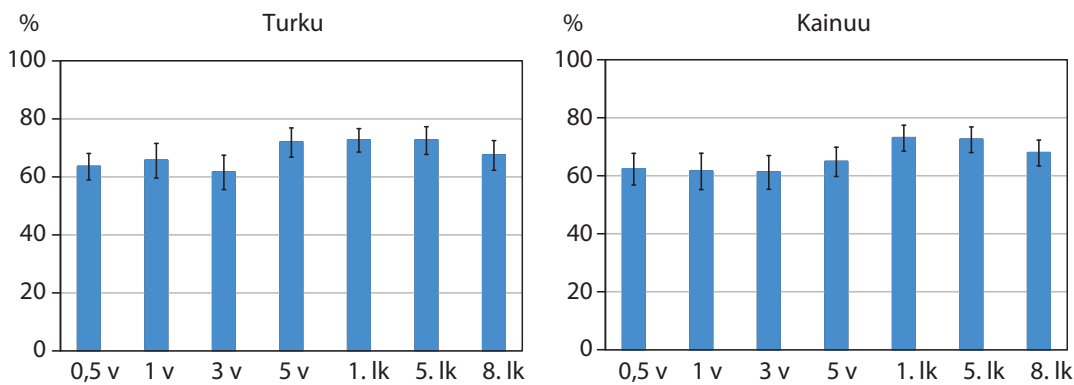
Perheet, joissa äidit olivat vähemmän koulutettuja, kokivat hieman yleisemmin saavansa riittävästi apua kuin perheet, joissa äidit olivat korkeammin koulutettuja. Ero oli kuitenkin verrattain pieni, mutta samansuuntainen kuin yhteisen ajan riittävydessä havaittu vastaavansuuntainen ero. Neuvola- ja kouluikäisten lasten välillä ei ollut eroa perheen avunsaannin riittävydessä, vaan tulokset olivat hyvin samanlaisia.

4.1.8 Lasten käyttäytymiselle asetetut rajat ja kotiintuloajat

Lapsen käyttäytymiselle asetetut rajat

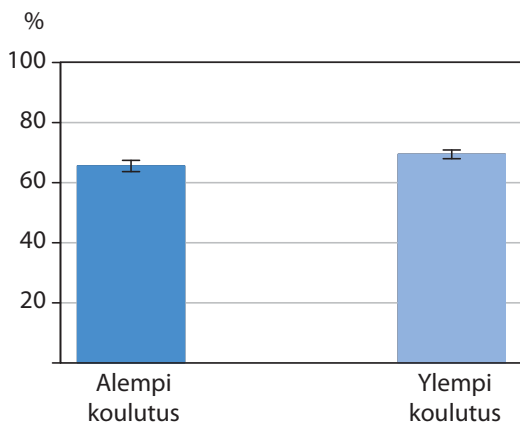
Lapsilähtöisessä kasvatuksessa korostetaan huolenpitoa lapsesta ja sitä että lapsi voi kokea aikuiset turvallisina. Huolenpito sisältää emotionaalisen tuen antamisen ja lapsen toimintojen valvonnan sekä turvallisuutta luovien rajojen asettamisen. Johdonmukainen kasvatusta edellyttää vanhemmalta taitoa vastavuoroiseen keskusteluun muun muassa kasvatuseriaa. Lapsilähtöinen kasvatusta on merkittävä voimavara lapsen elämässä, jolloin hän saa paljon onnistumisen kokemuksia ja kiitosta, eikä rankaisua käytetä kasvatustapahtumana. (Aunola 2001, Valkonen 2006).

Tarkastelu perustuu niiden vanhempien vastauksiin, jotka olivat täysin samaa mieltä siitä, että perheessä on lapsen käyttäytymiselle yhdessä asetetut rajat.



Kuvio 4.1.8.1. Lapselle yhdessä sovitut rajat, lapsen ikäryhmän mukaan Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroa siinä, olivatko vanhemmat asettaneet yhdessä rajoja lapsen käyttäytymiselle. Neuvolaikäisistä lapsista hieman yli 60 %:lla oli yhdessä sovitut rajat, eikä ikäryhmien välillä ollut neuvolaikäisillä eroa. Tämä kertoo siitä, että vanhemmat sopivat yhdessä rajat lapsen käyttäytymiselle hyvin varhain. Kouluikäisten kohdalla havaitaan, että noin 70 %:lla oli selkeästi sovitut rajat lapsen käyttäytymiselle. Liki joka kolmannelle kouluikäiselle rajoja ei oltu asetettu. Vain alle 5 % perheistä vastasi olevansa asiasta osittain tai täysin eri mieltä. Alueiden välillä ei ollut eroa rajojen sopimisen suhteen.



Kuvio 4.1.8.2. Perheessä yhdessä sovittu lapsen käyttäytymiselle rajat, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Kun tarkastellaan lapsen käyttäytymiselle asetettuja rajoja äidin koulutuksen mukaan, havaitaan, että enemmän koulutettujen äitien perheissä on yleisempää kuin vähemmän opiskelleiden äitien perheissä, että vanhemmat asettavat rajat yhdessä. Koulutusryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä, mutta ero oli vain muutamia prosenttiyksiköitä.

Kotiintuloajoista sopiminen

Viidesluokkalaisilta ja heidän vanhemmiltaan sekä kahdeksaluokkalaisilta itseltään kysyttiin kotiintuloaikoja sekä arkisin että viikonloppusin. Mikäli kotiintuloajoista oli sovittu, kysyttiin myös niiden kellonaikaa arkena ja viikonloppuna.

Koko aineistossa viidesluokkaisista 17 %:lla ja kahdeksaluokkalaisista 26 %:lla ei ollut lainkaan sovittuja kotiintuloaikoja. Alueiden välillä havaittiin eroja lasten kotiintuloaikojen suhteen. Turussa viidesluokkaisista 12 %:lle ja kahdeksaluokkaisista 24 %:lle ei ollut sovittu kotiintuloaikoja. Vastaavat osuudet olivat Kainuussa 19 % viidesluokkaisista ja 28 % kahdeksaluokkaisista. Kainuulaislasten kotiintuloajat olivat yleensä aikaisemmin kuin turkulaislasten. Tutkimukseen osallistuneista kainuulaislapsista noin 40 % sai olla ulkona vielä klo 20 jälkeen, mutta turkulaislapsista yli puolet. Vähemmän koulutettujen äitien lapsilla oli hieman yleisemmin sovitut kotiintuloajat kuin enemmän opiskelleiden äitien lapsilla. Sitä vastoin kotiintuloaikojen aikaisuuden tai myöhäisyyden suhteen ei havaittu eroja äidin koulutuksen mukaan tarkasteltuna.

4.1.9 Harrastukset, ystävyysuhteet ja kiusaaminen

Harrastukset ja ystävyysuhteet

Osallistuminen kerho- ja harrastustoimintoihin on hyväksi lapsen kasvu- ja kehitykselle monestakin eri näkökulmasta. Kerho- ja harrastustoiminnassa lapsi oppii sosiaalisia taitoja ja saa kokemusta vertaisryhmässä toimimisesta kodin ulkopuolelta.

Yli kolmevuotiaiden ja tätä vanhempien lasten huoltajilta ja kahdeksaluokkalaisilta itseltään kysyttiin kerho- tai harrastustoimintaan osallistumista. Koko aineistoa tarkasteltaessa havaittiin, että kolmevuotiaista pojista 53 % ja tytöistä 62 % ei osallistunut lainkaan kerho- tai harrastustoimintaan. Vastaava osuus viisivuotiaista pojista oli 45 % ja tytöistä 34 %. Tulosta tarkasteltaessa on muistettava, että suuri osa 3–5-vuotiaista osallistuu ryhmätoimintaan päiväkodeissa ja perhepäivähoidossa. Kouluun tultaessa sukupuolten välinen ero tasoittui. Ensimmäisen luokan pojista 30 % ja tytöistä 28 % ei osallistunut lainkaan kerho- tai harrastustoimintaan. Viidennen luokan pojista harrastustoimintaan osallistumattomia oli 21 % ja tytöistä 16 %. Kahdeksannen luokan pojista 45 % ja tytöistäkin joka kolmas raportoi, että ei osallistunut lainkaan kerho- tai harrastustoimintaan. Kainuu ja Turku erosivat toisistaan etenkin ensimmäisen luokan oppilaiden harrastustoimintaan osallistumisessa. Turkulaisista ensimmäisen luokan oppilaista 17 % ei osallistunut kerho- tai harrastustoimintaan, mutta kainuulaisista jopa yli kaksi kertaa suurempi osuus (40 %) ei harrastanut mitään kerho- tai harrastustoimintaa. Myös muissa kouluikäisten ikäryhmissä ero alueiden välillä oli havaittavissa.

Äidin koulutuksella ja lapsen osallistumisella kerho- ja harrastustoimintaan oli selvästi yhteyttä. Koko aineistoa tarkasteltaessa vähemmän opiskelleiden äitien neuvolaikäisistä lapsista 56 % ja 42 % enemmän opiskelleiden äitien vastaavan ikäisistä lapsista ei osallistunut lainkaan kerho- tai harrastustoimintaan. Vastaavasti vähemmän koulutettujen äitien kouluikäisistä lapsista 36 % ja enemmän opiskelleiden äitien kouluikäisistä 23 % ei osallistunut lainkaan kerho- ja harrastustoimintaan. Kaikkiaan vähemmän opiskelleiden äitien lapsista 43 % ja enemmän opiskelleiden äitien lapsista 30 % ei osallistunut lainkaan kerho- tai harrastustoimintaan.

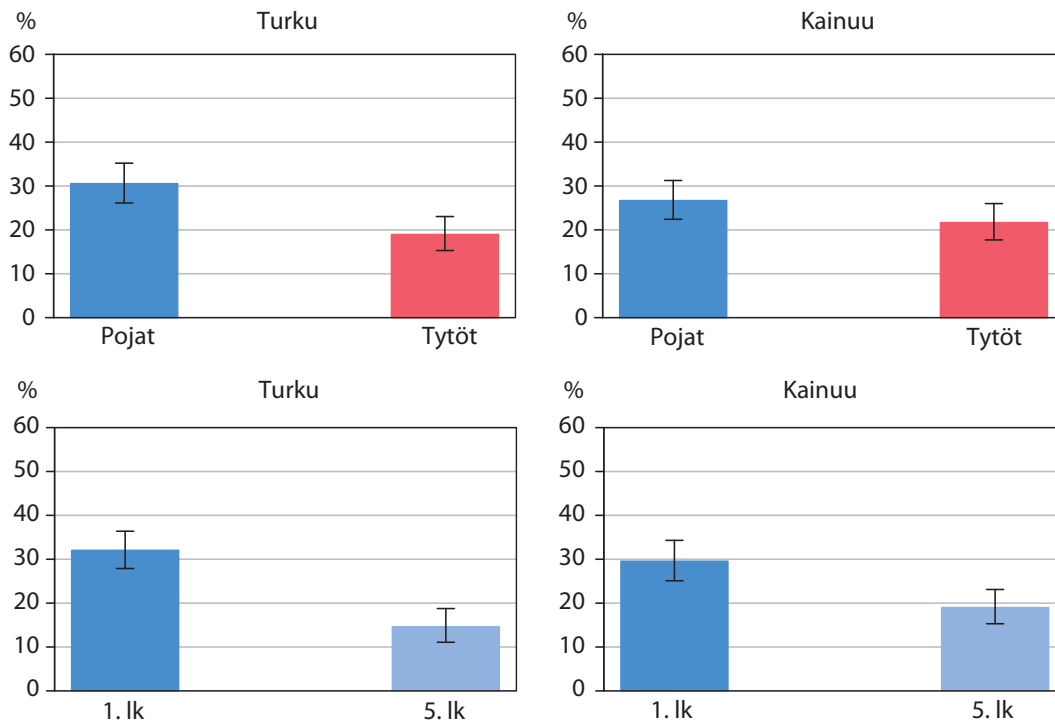
Kaikilta kolme- ja viisivuotiailta sekä ensimmäisen luokan oppilaiden vanhemmilta kysyttiin oliko lapsen helppo saada kavereita ja osallistua ryhmäleikkeihin. Niiden vanhempien osuus, jotka olivat osittain tai täysin eri mieltä siitä, että lapsen on helppo saada kavereita, oli koko aineistossa kolmevuotiaiden huoltajista noin 5 %, viisivuotiaiden huoltajista 6 % ja ensimmäisen luokan oppilaiden huoltajista 6 %. Alueiden välillä erot olivat melko pieniä, mutta turkulaisten lasten vanhemmat raportoivat hieman yleisemmin kuin kainuulaisvanhemmat, että lapsen ei ole helppo saada kavereita.

Suurin osa lasten huoltajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että lasten on helppo osallistua ryhmäleikkeihin. Kolmevuotiaista noin 8 %:lle, viisivuotiaista noin 8 %:lle ja ensimmäisen luokan oppilaista noin 5 %:lle ei ryhmäleikkeihin osallistuminen ollut helppoa huoltajien arvion mukaan. Alueiden välillä oli havaittavissa eroja myös ryhmäleikkeihin osallistumisessa. Turkulaisten lasten huoltajat arvioivat yleisemmin kuin kainuulaislasten huoltajat, että lapsen ei ole helppo osallistua ryhmäleikkeihin.

Kiusaaminen

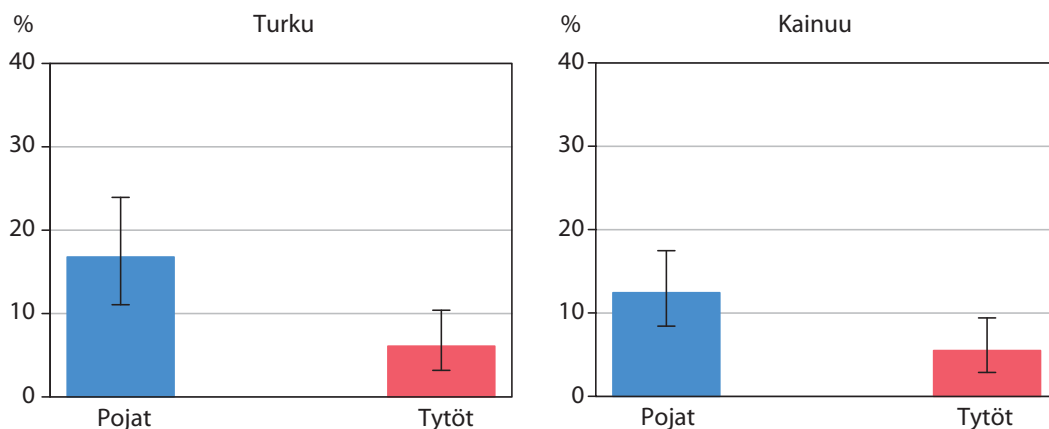
Kiusaamista on esimerkiksi töniminen, lyöminen, haukkuminen, yksin jättäminen, eristäminen luokan tai ryhmän sosiaalisesta kanssakäymisestä tai jokin muu toiminta, jolla pyritään vahingoittamaan tai loukkaamaan toista. Kiusaaminen vaikuttaa kouluviihtyvyyteen, voi heikentää koulusuorituksia ja aiheuttaa poissaoloja. Sekä kiusatuilla että kiusaajilla voi olla psyykkisiä ongelmia. Tutkimusten mukaan eniten psyykkisiä oireita on lapsilla, jotka ovat sekä kiusattuja että kiusaajia. Lapsuudessa koettu jatkuva kiusaaminen on yhteydessä myöhemmin todettavaan masennukseen ja itsetuhoisuuteen. On tärkeää, että kiusaamiseen puututaan mahdollisimman varhain. Lisätietoja koulukiusaamisesta ks. Kumpulainen K. Lääkärin käsikirja 8.10.2009, www.terveysportti.fi ja KiVa Koulu- hanke: www.kivakoulu.fi.

Ensimmäisen luokan tulokset kiusatuksi tulemisesta perustuvat vanhempien raportoimaan tietoon, viidesluokkalaiset vastasivat yhdessä huoltajansa kanssa ja kahdeksannen luokan oppilaat vastasivat itse. Vastajaan liittyvät eroavaisuudet voivat selittää paljonkin eri ikäryhmien vastausten tasoja ja niissä havaittavia eroja. Tarkastelussa ovat ne lapset, joita oli kiusattu kerran kuukaudessa tai useammin viime kuukausien aikana.



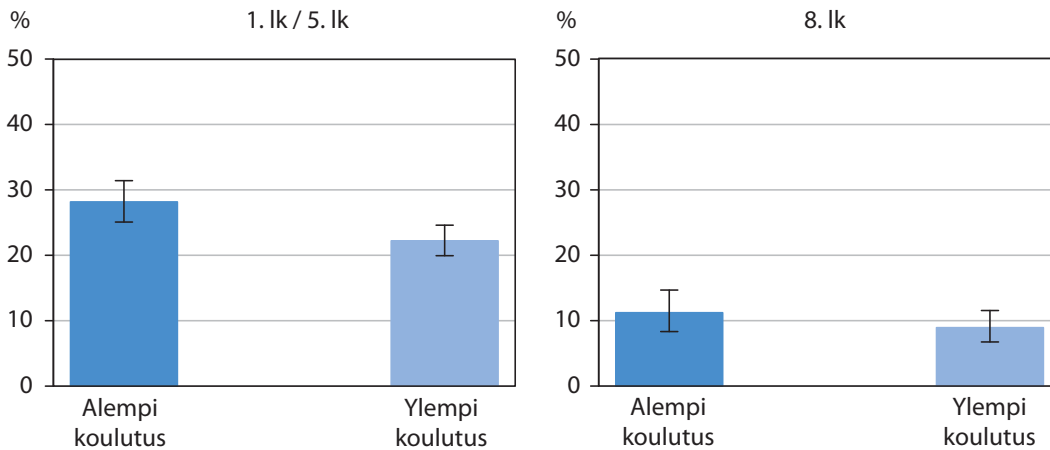
Kuvio 4.1.9.1. Tullut kiusatuksi viime kuukausien aikana, sukupuolittain ja ikäryhmittäin Turussa ja Kainuussa (%). 1. lk vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima tieto.

Pojat kokivat joutuneensa kiusatuiksi yleisemmin kuin tytöt. Turkulaispojista 31 % ja 27 % kainuulaispojista oli kokenut kiusaamista vähintään kerran kuukaudessa viime kuukausien aikana. Vastaavasti turkulais- ja kainuulaistytöistä noin joka viidennellä oli viime kuukausilta kiusaamiskokemuksia. Vanhempien raportoimana ensimmäisen luokan oppilailla oli kiusaamiskokemuksia enemmän kuin viidennen luokan luokan oppilailla, joiden vanhemmat olivat vastanneet lomakkeen kysymykseen yhdessä lapsensa kanssa.



Kuvio 4.1.9.2. Tullut kiusatuksi viime kuukausien aikana, sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%) 8./9. luokkalaisen itsensä raportoima tieto.

Kahdeksaluokkalaisista hieman pienempi osuus kuin nuoremista koulu-
laisista oli tullut kiusatuksi viime kuukausien aikana. Tuloksia tarkasteltaessa on
hyvä huomioda ero eri ikäluokkien vastaustavoissa. Kahdeksaluokkalaisilla pojil-
la kiusaamiskokemukset olivat samanikäisiä tyttöjä yleisempiä. Kaikkiaan noin 15
% kahdeksaluokkalaisista pojista ja tytöistä noin 6 % raportoi tullessa kiusatuksi
viime kuukausien aikana.



Kuvio 4.1.9.3. Tullut kiusatuksi viime kuukausien aikana, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). 1. lk vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima sekä 8./9. luokkalaisen itsensä raportoima tieto.

Tarkasteltaessa lapsen kiusaamiskokemuksia äidin koulutuksen mukaan havaitaan,
että vähemmän opiskelleiden äitien lapsilla oli yleisemmin kiusaamiskokemuksia
kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsilla ensimmäisellä ja viidennellä luokkal-
la. Ero oli samansuuntainen, mutta ei tilastollisesti merkitsevä kahdeksaluokkalai-
sen nuoren itsensä raportoimana.

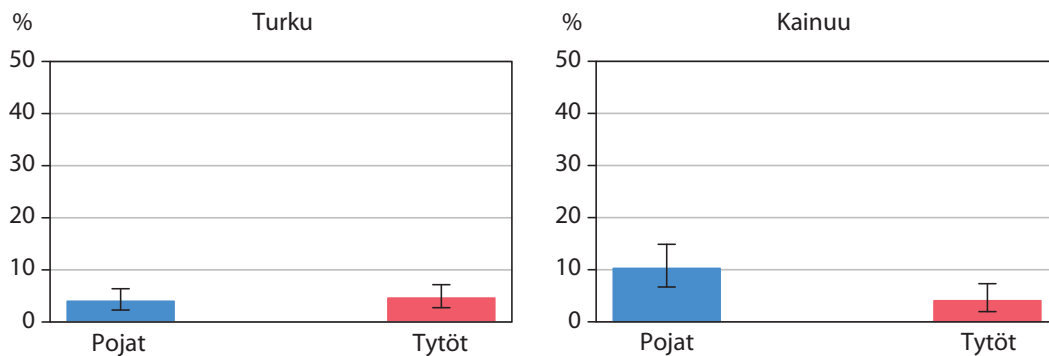
4.1.10 Koulunkäynnin tukimuodot

Erityisopetus

Osa-aikaista erityisopetusta järjestetään oppilaalle, jolla on lieviä oppimisen tai so-
peutumisen vaikeuksia (Laki perusopetuslain muuttamisesta 642/2010). Sen avulla
voidaan parantaa oppimisedellytyksiä ja ehkäistä oppimiseen liittyvien ongelmien
kasvua. Osa-aikaista erityisopetusta annetaan usein esimerkiksi lukemisen tai kir-
joittamisen oppimisvaikeuksiin tai yhden tai useamman oppiaineen opiskeluun.
Lapselle tai nuorelle tehdään erityisopetuspäätös, jos hänellä ei vammaisuuden, sai-
rauden, kehityksen viivästyksen tai tunne-elämän häiriön tai muun niihin verrat-
tavan syyn vuoksi ole edellytyksiä saavuttaa perusopetuksen tavoitteita.

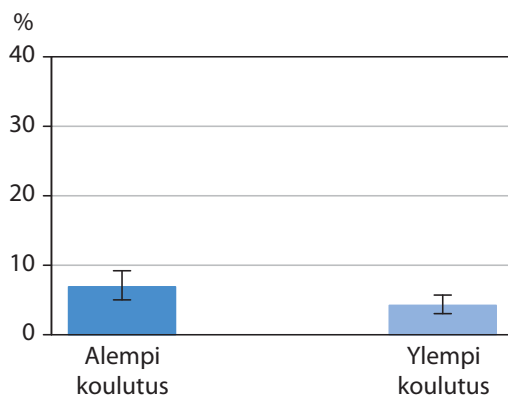
Tarkastelu perustuu ensimmäisen luokan oppilaiden vanhemmilta saatuihin

tietoihin ja vanhempien ja viidesluokkalaisten lasten yhdessä täyttämiin tietoihin siitä onko lapsi erityisopetuksessa.



Kuvio 4.1.10.1. Erityisopetusta saaneet, sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%). 1. lk vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima tieto.

Turkulaistyttöjen ja -poikien välillä ei ollut eroja erityisopetuksen yleisyydessä. Kainuussa pojat saivat tyttöjä yleisemmin erityisopetusta ja erityisopetuksessa olevien poikien osuus oli myös suurempi kuin Turussa. Erityisopetuksen tarvetta ei erikseen kysytty, joten tuloksista ei voida päätellä erityisopetuksen todellista tarvetta, oikeaa kohdentumista tai resurssien määrää ja riittävyttä.



Kuvio 4.1.10.2. Erityisopetusta saaneet, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). 1. lk vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima tieto.

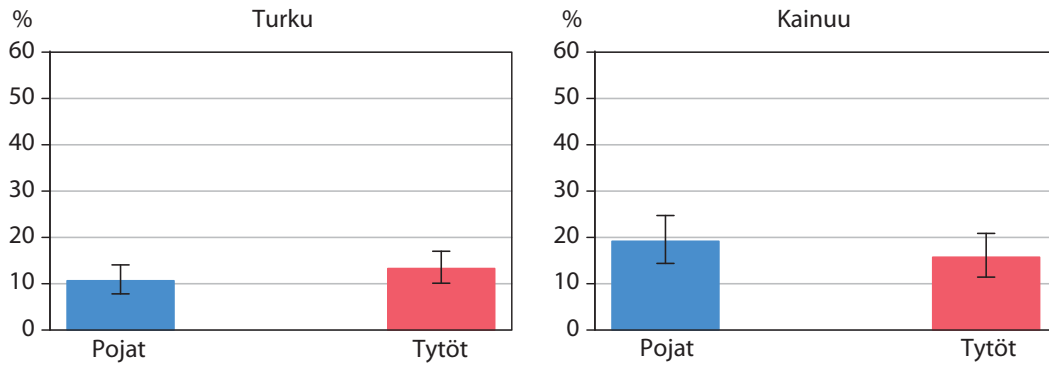
Äidin koulutus oli yhteydessä lapsen erityisopetukseen. Vähemmän opiskelleiden äitien lapsista suurempi osuus oli erityisopetuksessa kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsista. Ero koulutusryhmien välillä oli lähes kaksinkertainen.

Tukiopetus

Tukiopetusta annetaan yleensä opinnoissa tilapäisesti jälkeen jääneille tai muiden erityistä tukea tarvitseville oppilaille (Laki perusopetuslain muuttamisesta

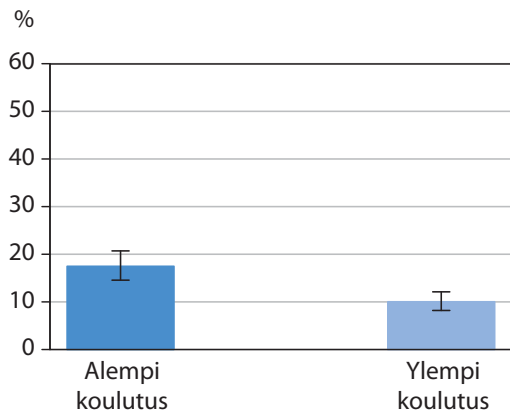
642/2010). Tukiopetus tulisi aloittaa mahdollisimman varhain, jotta voidaan estää opinnoissa jälkeen jääminen ja ehkäistä muita koulunkäyntiin ja oppimiseen liittyviä vaikeuksia. Tukiopetuksen antamisesta ilmoitetaan oppilaan vanhemmille.

Tarkastelu perustuu ensimmäisen luokan oppilaiden vanhemmilta saatuihin tietoihin ja vanhempien ja viidesluokkalaisten lasten yhdessä täyttämiin tietoihin siitä saako lapsi tukiopetusta.



Kuvio 4.1.10.3. Tukiopetusta saaneet, sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%). 1. lk vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima tieto (%).

Kainuulaispojista joka viides sai tukiopetusta. Turussa vastaava luku oli jopa puolet vähemmän. Tytöistä noin 15 % sai tukiopetusta, eikä eroja ollut alueiden välillä. Tukiopetus oli selvästi yleisempää 5. lk pojilla ja tytöillä kuin 1. lk tytöillä ja pojilla.



Kuvio 4.1.10.4. Tukiopetusta saaneet, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). 1. lk vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima tieto (%).

Vähemmän koulutettujen äitien lapsilla tukiopetus oli lähes kaksi kertaa yleisempää kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Noin joka viides vähemmän opiskelleen äidin lapsi ja noin joka kymmenes pidempään opiskelleen äidin lapsi sai tukiopetusta.

4.1.11 Johtopäätökset

Suomalaiset hankkivat perheensä yhä vanhempina. Neuvolaikäisten lasten vanhempien (ottamatta huomioon perheen lasten lukumäärää) keski-ikä oli 31 vuotta ja kouluikäisten lasten vanhempien 40 vuotta. Suomalaisten koulutustaso on nousut kuluneiden vuosikymmenten aikana ja näin myös vanhempien koulutustaso on yhä parempi. Äideillä on yleisemmin korkeakoulututkinto kuin isillä. Turussa vanhempien koulutustaso on Kainuun maakunnan vanhempien koulutustasoa korkeampi. Neuvolaikäisten lasten äidit ovat edelleen pääasiallisia lapsen hoitajia. Isät olivat lapsen ikään katsomatta pääasiassa töissä. Isistä vain muutama prosentti oli hoitovapaalla lapsen iästä riippumatta. Valtaosa äideistä oli (61 %) työelämässä lapsen ollessa kolmevuotias. Yksivuotiaista lapsista 14 %, kolmevuotiaista 55 % oli kodin ulkopuolella hoidossa ja viisivuotiaista jo 72 %. THL:n Sotkanetin päivähoitotilastojen (2009) mukaan päivähoidossa oli yksivuotiaista 29 %, kolmevuotiaista 67 % ja viisivuotiaista 77 %. Avioerot ovat yleisiä ja se näkyy erityisesti kouluikäisten lasten perheissä. Useammassa kuin joka neljännessä kouluikäisen lapsen perheessä vanhemmat olivat eronneet. Lasten tapaamisjärjestelyitä tarkasteltaessa havaittiin, että lähes kaikki eronneet äidit tapasivat lapsiaan kuukausittain, mutta jopa neljännes eroperheiden lapsista ei tavannut isäänsä edes kuukausittain. Vaikka tulos ei otakaan kantaa onko lapsella miehistä roolimallia, voidaan olettaa ilmiön olevan epäedullista lapsen kasvun ja kehityksen kannalta. Isien aktiivisella mukanaololla lapsen kasvatuksessa on todettu olevan monia myönteisiä vaikutuksia lapsen myöhempään elämään muun muassa vähentäen tyttöjen psyykkisiä ongelmia ja poikien käyttäytymishäiriöitä (Sarkadi ym. 2008).

Tilastotietojen mukaan perheiden pienituloisuus on kasvanut ja tämän tutkimuksen mukaan jopa joka neljännessä lapsiperheessä menojen kattaminen tuloilla koettiin vähintään melko hankalaksi. Yleisintä toimeentulon ongelmat olivat neuvolaikäisten lasten perheissä, mikä noudattaa myös Tilastokeskuksen tulonjakotilastojen (2010) tietoja, joiden mukaan lapsiperheiden köyhyys oli alle kouluikäisten lasten perheissä yleisempää kuin kouluikäisten perheissä (17 % vs. 11–12 %). Äidin koulutuksella havaittiin selkeä yhteys toimeentulo-ongelmiin ja erot olivat suurempia neuvolaikäisten lasten perheissä kuin kouluikäisten perheissä. Koulutuksella on usein yhteys myös tulotasoon. Perheen sosioekonominen asema määrittää toimeentuloon liittyviä ongelmia ja pahimmillaan talouden ongelmat heijastuvat koko perheen hyvinvointiin. Toimeentulo-ongelmia ja haavoittuvassa asemassa olevien lapsiperheiden (mm. yhden huoltajan perheet ja monilapsiset perheet) varallisuutta voidaan tukea aktiivisella sosiaalipolitiikalla erilaisin tulosiirroin ja kohdennetuin toimin. Perheiden kokemia vaikeuksia voidaan myös lievittää mm. perhe-etuuksilla, velkaneuvonnalla ja erilaisilla perhepalveluilla. Perheiden toimeentuloa ja perusturvaa arvioitaessa on myös muistettava, että tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskemaan maahanmuuttajia tai muita vähemmistökieliryhmiä. Jatkossa vastaavia tutkimuksia toteutettaessa olisi aiheellista laatia lomakkeet suo-

men-, ruotsin-, venäjän- ja englanninkielisinä. Olisi kuitenkin erittäin tärkeää huomioida vastaavien tietojen hankkiminen myös maahanmuuttajaväestöstä, jotta terveysseurannassa, palvelujen ja toiminnan kehittämisessä huomioitaisiin myös maahanmuuttajaväestön terveys ja siihen vaikuttavat tai vaikuttaneet (esim. lähtömaassa) tekijät.

Suomalaisperheillä ei mielestään ole riittävästi yhteistä aikaa. Muun muassa työelämän vaatimusten kiristyminen ja kiire aiheuttavat tilanteen, missä jopa 60 % perheistä kokee, että heillä ei ole riittävästi yhteistä aikaa. Korkeammin koulutetut kokivat vähemmän opiskelleita yleisimmin ongelmia ajan riittävyydessä, mikä heijastaa myös yhä kovempia työelämän vaatimuksia. Onko maalaisidylli vaarassa muuttua, koska kaupunkilaiset turkulaisperheet kokivat yhteisen ajan riittäväksi yleisemmin kuin maalaisemmassa Kainuun maakunnassa. Perheiden yhteistä aikaa tulisi tukea työnantajien ja koko yhteiskunnan myönteisellä suhtautumisella lapsiperheiden elämäntilanteisiin. Neuvolassa ja muissa perhepalveluissa on hyvä korostaa yhteisen ajan merkitystä lapsen kehitykselle ja koko perheen hyvinvoinnille. Perheen yhteisen ajan lisäksi vanhemmat tarvitsevat myös kahdenkeskistä aikaa (STM 2009). Perheet tarvitsisivat lisäksi läheisiltään enemmän apua, sillä jopa 40 % perheistä koki, että avunsaanti ei ollut riittävää. Syynä saattaa olla, että isovanhemmat asuvat toisella paikkakunnalla ja perheiden sosiaalinen verkosto ei tarjoa riittävää apua. Perheiden avunsaantia tukevia toimia ovat erilaiset palvelut, tilanteet ja tilaisuudet missä perheet saavat vertaistukea ja missä tuetaan sosiaalisten verkostojen luomista. Vanhemmat, jotka kokevat tuensaannin riittämättömänä, ovat tilanteen pitkittyessä vaarassa uupua. Kaikissa perhepalveluissa tulee vanhempia rohkaista hakemaan apua ajoissa, ennen kuin perheen hyvinvointi kärsii. Pidemmälle opiskelleet kokivat yleisemmin tarvitsevansa enemmän läheisapua, mikä oletettavasti heijastelee työelämän vaatimuksia.

Kahdella kolmesta neuvolaikäisestä ja kolmanneksella kouluikäisistä ei ole yhteisesti sovittuja käyttäytymiselle asetettuja rajoja. Vanhemmat eivät välttämättä edes tiedä missä heidän lapsensa liikkuvat ja esimerkiksi 8. luokkalaisista kainuulaislapsista useammalla kuin joka neljännellä ei ollut sovittu kotiintuloaikoja lainkaan. Tämä voi tietysti selittyä myös sillä, että lasten liikkumisalue on lähellä kotia ja kotiintuloaikoja ei ole nähty edes tarpeelliseksi sopia.

Lasten harrastamattomuus on eriarvoistavaa niin alueellisesti kuin sosioekonomisestikin. Harrastukset ovat osa sosiaalista kasvua ja kehitystä. Puolet neuvolaikäisistä lapsista ei osallistu harrastus- tai kerhotoimintaan lainkaan. Ensimmäisen luokan oppilaista liki kolmanneksella ja viidesluokkalaisista noin viidenneksellä ei ollut harrastuksia tai he eivät osallistuneet kerhotoimintaan. Murrosikäen tultaessa harrastukset ja kerhot jopa vähenevät, jolloin pojista 45 % ja tytöistäkin joka kolmas raportoi ettei harrasta mitään. Erityisen yleistä harrastusten puute oli Kainuussa. Äidin koulutuksella ja lapsen harrastamattomuudella oli selkeä yhteys. Alemman ja ylemmän koulutusryhmän välillä oli vähintään 10 prosenttiyksikön ero siinä, osallistuivatko lapset kerho- tai harrastustoimintaan. Asuinalueen tarjonnalla ja

perheen sosiaalisella asemalla ei tulisi olla yhteyttä lapsen harrastuksiin, vaan kaikilla tulisi olla yhtäläiset mahdollisuudet kerho- ja harrastustoimintaan.

Kiusaamiskokemuksia vähintään kerran kuukaudessa oli ensimmäisen luokan oppilaista noin kolmanneksella ja viidesluokkalaisista noin joka viidennellä. Kiusaamiseen tulee puuttua myös ennen kouluikää. Alle kouluikäisten lasten kiusaamista ei selvitetty tässä tutkimuksessa. Kiusaamista esiintyy kuitenkin myös alle kouluikäisillä lapsilla. Heillä kiusaaminen esiintyy yleensä ryhmästä pois sulkemisena ja leikin ulkopuolelle jättämisenä. Keskeisiä tekijöitä kiusaamisen ehkäisyssä ovat lasten vuorovaikutustaitojen ja empatiakyvyn vahvistaminen sekä myönteisten vertaissuhteiden ja ryhmässä toimimisen taitojen tukeminen (Kirves ja Stoor-Grenner 2010.)

Koulunkäynnin tukimuotoja, kuten tuki- ja erityisopetusta, ei saa vähentää. Raportoidun käytön perusteella tuelle on tarvetta ja käyttö eroaa selvästi Kainuun ja Turun välillä. Lisäksi on huomioitava, että erityisesti vähemmän opiskelleiden äitien lapsilla erityisopetukseen osallistuminen oli kaksi kertaa yleisempää kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Yhteiskunnan on tärkeää taata yhtäläiset jatkovalintojen mahdollisuudet kaikille muun muassa tarjoamalla universaalit palvelut sekä kohdentamalla tukea sitä tarvitseville lapsille, nuorille ja heidän perheilleen (VNA 338/2011).

Lähteet

- Aunola K. Children's and adolescents' achievement strategies, school adjustment, and family environment. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 178. Jyväskylä 2001.
- Kartovaara L, Säkkinen S. Lasten muualla asuvat vanhemmat. Julkaisussa *Suomalainen lapsi*. Helsinki: Tilastokeskus ja Stakes, 2007. Väestö 2007. s. 109–127.
- Kirves L, Stoor-Grenner M. Kiusaavatko pienetkin lapset? *Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja Folkhälsan*. Helsinki 2010.
- Laki perusopetuslain muuttamisesta 642/2010. Saatavilla verkossa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100642>.
- Lammi-Taskula J, Salmi M. Työ, perhe ja hyvinvointi. Kirjassa Lammi-Taskula J, Karvonen S, Ahlström S 2009. *Lapsiperheiden hyvinvointi*. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki 2009. s. 38–48.
- Pitkänen K, Jalovaara M. Perheet ja perheenmuodustus. Kirjassa Koskinen S, Martelin T, Notkola I-L, Notkola V, Kitkänen K, Jalovaara M, Mäenpää E, Ruokolainen A, Ryyänen M, Söderling E. toim. *Suomen väestö*. Gaudeamus. Helsinki 2007. s. 115–167.
- Sauli H. Lasten ja lapsiperheiden toimeentulo. Teoksessa *Suomalainen lapsi 2007*. Helsinki: Tilastokeskus 2007. s. 269–286.

Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 2008;97,153–158.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20. Helsinki 2009.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sotkanet, Päivähoitotilastot 2009.

Tilastokeskus. Tulonjakotilasto 2010.

Tilastokeskus. Tulonjakotilaston aikasarja 2005.

Tilastokeskus. Perhetilastot 2009.

Tilastokeskus. Väestötilastot 2005.

Valkonen L. Millainen on hyvä äiti tai isä? Viides ja kuudesluokkalaisten lasten vanhemmuuskäsitykset. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 286. Jyväskylän yliopisto 2006.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten suun ehkäisevästä terveydenhuollosta (338/2011). Saatavissa internetistä: <http://www.finlex.fi>.

4.2 Lasten kasvu, kehitys ja terveydentila

4.2.1 Ylipaino

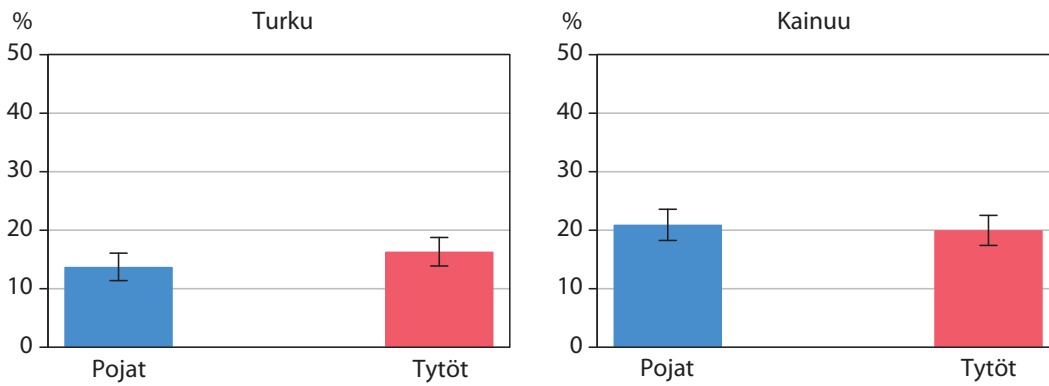
Tiina Laatikainen ja Päivi Mäki

Lasten ja nuorten lihavuus on yleistynyt erityisesti teollistuneissa maissa (Wang ja Lobstein, 2006). Suomessa nuorten ylipainoisuus ja lihavuus on lisääntynyt tasaisesti 1980-luvun alusta. Vuonna 2003 Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan 12 % 12–18-vuotiaista tytöistä ja 19 % samanikäisistä pojista oli ylipainoisia (Rimpelä ym. 2004). Pienten lasten ylipainoisuudesta on Suomessa varsin vähän tietoa ja hieman vanhentuneet kasvukäyrästöt vaikeuttavat erityisesti pienten lasten ylipainoisuuden määrittelyä (Kasvunseurannan asiantuntijaryhmä 2011). Lasten terveysseurantatutkimuksen (Mäki ym. 2010) pilottitutkimuksen mukaan ylipainoisia tai lihavia oli noin kymmenesosa kolmevuotiaista lapsista ja lähes viidennes viisivuotiaista.

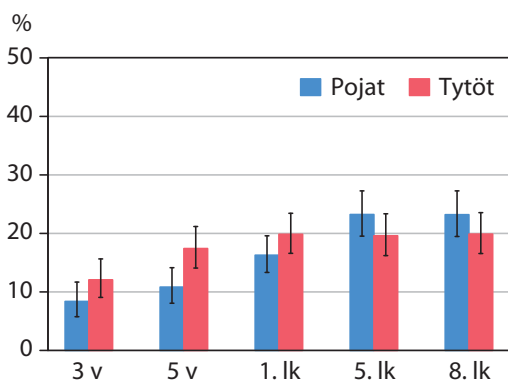
Lapsuusiän lihavuus on yhteydessä lihavuuteen ja sairastuvuuteen aikuisiällä. Erityisesti jo leikki-iässä tapahtuva painonnousu lisää riskiä aikuisiän lihavuuteen ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin (Daniels ym 2005). Lisäksi jo alle kouluikässä lihavuuteen liittyy kohonneen verenpaineen, kohonneen kolesterolin ja kohonneen paastoinsuliinitason riski (Freedman ym. 1999). Riskitekijöiden varhainen ilmaantuminen on yhteydessä sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen myöhemmällä iällä.

Pituus ja paino mitattiin terveystarkastuksessa (kts. luku 3.5.2). Mitatuista pituudesta ja painosta on laskettu kehon painoindeksi (BMI) jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä (kg/m^2). Ylipainoisten (sisältää lihavat) lasten osuus on määritetty kansainvälisten ikä- ja sukupuolispesifisten BMI-kriteereiden mukaan (Cole ym. 2000). Osuuksille on laskettu binomijakaumaan perustuvat eksaktit 95 %:n luottamusvälit. Tässä tarkastelussa on käytetty kansainvälisiä BMI:n kriteerejä, koska tällöin tarkasteluun on voitu ottaa mukaan myös kahdeksaluokkalaiset nuoret. Tämänhetkiset Suomessa vielä käytössä olevat kasvukäyrästöt eivät riitä pitkien nuorten tarkasteluun ja pituuspainon mukaisen ylipainoisuuden määrittelyyn. BMI kriteeristön mukainen ylipainoisuuden määrittely mahdollistaa myös kansainvälisen vertailun. Pituuspainon ja yli kolmevuotiaiden BMI:n mukainen ylipainoisuus on pilottitutkimuksen osalta raportoitu aikaisemmassa julkaisussa (Mäki ym. 2010).

Kun tarkastellaan koko aineistoa, havaitaan, että Kainuussa yli kolmevuotiaiden lasten ylipainoisuus oli yleisempää kuin Turussa, erityisesti pojilla. Turussa tytöillä ylipainoisuus oli yleisempää kuin pojilla. Kainuussa ei ollut vastaavaa eroa sukupuolten välillä, vaan ylipainoisuus oli yhtä yleistä tytöillä ja pojilla. (Kuvio 4.2.1.1.)

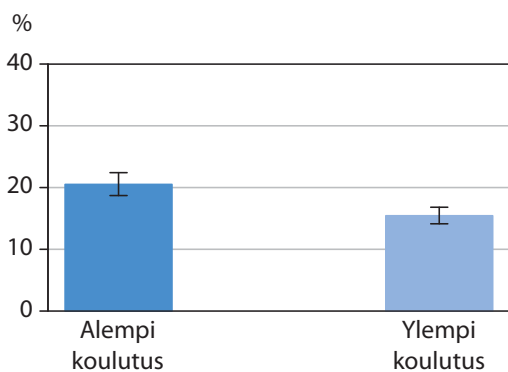


Kuvio 4.2.1.1. Ylipainoisten (BMI) lasten osuus (yli 3-vuotiaat), sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%).
Terveydenhoitajan mittaama tieto.



Kuvio 4.2.1.2. Ylipainoisten (BMI) lasten osuus, sukupuolittain ja ikäryhmittäin, koko aineisto (%).
Terveydenhoitajan mittaama tieto.

Koko aineistossa ylipainoisia tai lihavia oli kolme- ja viisivuotiaista pojista 10 % ja tytöistä 15 %. Kouluikäisistä vastaava osuus oli 20 % sekä pojista että tytöistä. Ylipainoisten lasten osuus lisääntyi iän myötä ja ylipaino oli huomattavan yleistä jo viidesluokkalaisilla. Viides- ja kahdeksaluokkalaisista joka viides tyttö ja poika oli ylipainoinen (kuvio 4.2.1.2).



Kuvio 4.2.1.3. Ylipainoisten (BMI) lasten osuus (yli 3-vuotiaat), äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%).
Terveydenhoitajan mittaama tieto.

Ylipaino oli vähemmän koulutettujen äitien lapsilla yleisempää kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Ero oli tilastollisesti merkitsevä (kuvio 4.2.1.3).

Lasten ylipainoa tarkasteltiin myös suhteessa vanhempien painoon. Niiden perheiden lapsista, joissa vähintään toinen vanhemmista oli ylipainoinen tai lihava (BMI 25 tai enemmän), joka viides oli ylipainoinen tai lihava. Joka kymmenes lapsi oli ylipainoinen niissä perheissä, joissa kumpikaan vanhemmista ei ollut ylipainoinen. Perheissä, joissa vähintään toinen vanhemmista oli lihava (BMI 30 tai enemmän), yli neljäsosa (28 %) lapsista oli ylipainoisia tai lihavia.

Johtopäätökset

Lasten ja nuorten ylipainoisuus ja lihavuus on Suomessakin merkittävä terveysongelma. Lapsuusiän ylipainoisuus ja lihavuus ovat niin merkittävästi yhteydessä aikuisiän painonhallintaongelmiin, että voidaan ennustaa Suomeen kasvavan uuden lihavamman sukupolven. Riskinä on, että lisääntyvä lihavuus tulee vaikuttamaan väestön sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. Yhdysvalloissa, jossa lihavuus on merkittävä ongelma, on jo havaittavissa sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden vähenemisen hidastumista ja nuoremmissa ikäryhmissä jopa pysähtymistä (Roger ym. 2011). Erityisen huolestuttavaa on, että ylipainoisuuden kehitys alkaa jo hyvin varhain lapsuudessa.

Lasten ylipainoisuus vaihtelee Suomessa myös alueittain. Kaupunkialueella Turussa sekä tytöt että pojat olivat hoikempia kuin Kainuun maakunnassa, jossa on enemmän myös maaseutumaisia kuntia ja haja-asutusaluetta. FINRISKI-tutkimuksen mukaan tilanne on aikuisten osalta varsin samanlainen. Helsingin ja Vantaan alueella sekä Turussa aikuisväestö on hoikempaa kuin Itä-Suomen ja Pohjois-Suomen lääneissä (Peltonen ym. 2008). Terveiden ja terveystottumusten eriarvoisuus näkyy lasten ylipainoisuudessa alue-erojen lisäksi myös perheen sosiaalisen aseman mukaan. Korkeammin koulutettujen äitien lapset olivat harvemmin ylipainoisia kuin vähemmän koulutettujen. Vähemmän koulutetut äidit olivat myös itse useammin ylipainoisia korkeasti koulutettuihin äiteihin verrattuna (ks luku 4.7.1). Ylipainoisten tai lihaviin vanhempien lapsilla ylipaino oli yleisempää kuin perheissä, joissa vanhemmat eivät olleet ylipainoisia. Neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa tulisikin kiinnittää jo hyvin varhaisessa vaiheessa huomiota koko perheen elintapoihin ja pyrkiä etsimään keinoja, joilla voitaisiin tukea erityisesti sosiaalisesti huonommassa asemassa olevien terveellisiä ravitsemus- ja liikuntatottumuksia. Neuvolatoimintaa ja kouluterveydenhuoltoa koskevassa asetuksessa (VNA 338/2011) korostetaan koko perheen hyvinvointia ja erityisesti laajoissa terveystarkastuksissa huomio tulee kohdistaa lapsen terveydentilan lisäksi koko perheeseen. Laajat terveystarkastukset tarjoavat siis mahdollisuuden koko perheen ravitsemus- ja liikuntaneuvontaan.

Lähteet

- Cole T, Bellizzi M, Flegak K, Dietz W. Establishing a standard definition for children overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320,1240–1243.
- Daniels S, Arnett D, Eckel R, Gidding S, Hayman L, Kumanyika S, Robinson T, Scott B, Jeor S, Williams C. Overweight in children and adolescents. Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation* 2005; 111:1999–2012.
- Freedman D, Dietz W, Srinivasan S, Berenson G. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 1999;103,1175–82.
- Kasvunseurannan asiantuntijaryhmän raportti. Lasten kasvunseurannan uudistaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 49/2011. Helsinki 2011.
- Kautiainen S, Rimpelä A, Vikat A, Virtanen SM. Secular trends in overweight and obesity among Finnish adolescents in 1977–1999. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26,544–52.
- Kautiainen S. Overweight and obesity in adolescence. Secular trends and associations with perceived weight, sociodemographic factors and screen time. *Acta Universitatis Tamperensis* 1347. Tampere University press 2008.
- Mäki P, Laatikainen T. Lasten terveys. Kirjassa Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Ovaskainen M-L, Sippola R, Virtanen S, Laatikainen T. toim. Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2/2010. Helsinki 2010.
- Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Peltomäki P, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M, Vartiainen E. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B34/2008. Helsinki 2008.
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM et al. Heart Disease and stroke statistics – 2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123,218–209.
- Rimpelä A, Rainio S, Pere L, Saarni L, Kautiainen S, Kaltiala-Heino R, Lintonen T, Rimpelä M. Suomalaisten nuorten terveys 1977–2003. *Suomen Lääkärilehti* 2004;59,4229–4235.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten suun ehkäisevästä terveydenhuollosta (338/2011). Saatavissa internetistä: <http://www.finlex.fi>.
- Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006;1(1),11–25.

4.2.2 Puheeseen liittyvät vaikeudet

Anneli Yliherva, Päivi Mäki ja Tiina Laatikainen

Puheen ja kielen valmiuksien ja taitojen seulonta varhaisessa ikävaiheessa on tärkeää, jotta päästään aloittamaan kuntoutustoimet mahdollisimman pian. Eri tutkimuksissa puheen- ja kielenkehityksen viiveen on arvioitu olevan 5–8 % 2–4,5 -vuotiailla lapsilla (Law ym. 1998). Kielellisten vaikeuksien esiintyvyydeksi on arvioitu 2–19 % ja puheen tuoton ongelmien 2–24 % (Law ym. 2000). Vaihtelevat luvut johtuvat pääasiassa käytetyistä tutkimusmenetelmistä puheen ja kielen ongelmien seulonnassa ja arvioinnissa. On myös havaittu, että 40–60 % näistä lasten puheen- ja kielenkehityksen ongelmista jää hoitamatta. Kielellisen kehityksen erityisvaikeutta esiintyy suomalaisessa lapsiväestössä keskimäärin 7 % (Käypähoito -suositus). Laajan katsaustutkimuksen perusteella jopa 43 % 10–35 kuukauden ikäisten lasten kehitysongelmista ja 30 % kommunikaation ongelmista jää huomaamatta neuvolakäynneillä (Nelson ym. 2006). Kuitenkin puheen- ja kielenkehityksen varhainen seulonta auttaisi löytämään lapset, joilla saattaa olla laajempiakin kehitysongelmia ja joille saattaa kehittyä eriasteisia oppimisvaikeuksia myöhemmin kouluiässä.

Erityisiä oppimisen vaikeuksia, kuten lukemisen, kirjoittamisen ja matematiikan oppimisen vaikeuksia, esiintyy keskimäärin 10–20 % (McLeod ja McKinnon, 2007). Laajassa pohjoissuomalaisessa tutkimuksessa (Taanila ym. 2011) havaittiin, että kielellisen oppimisen ongelmat heijastuivat lasten käytökseen 7–8 vuoden iässä. Oppimisvaikeudet lisäsivät käytöshäiriöiden ja emotionaalisten vaikeuksien määrän kolminkertaiseksi pojilla ja nelin- tai viisinkertaiseksi tytöillä verrattuna lapsiin, joilla vastaavanlaisia kielellisiä oppimisen ongelmia ei havaittu. Toisessa samaa aineistoa hyödyntävässä tutkimuksessa (Poikajärvi 2005) havaittiin, että puheen tuoton ongelmilla oli myös käyttäytymisen häiriöitä lisäävä vaikutus erityisesti 8-vuotiailla pojilla (17,9 % pojat, vs. 10,9 % tytöt). Nämä edellä mainitut tutkimustulokset tukevat sitä, että puheen ja kielen vaikeudet ovat edesauttamassa myös käyttäytymisen ongelmien kehittymistä.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin lapsen puheen tuottoon. Kolme- ja viisivuotiaiden lasten huoltajien lomakkeessa kysyttiin, onko lapsen puheen tuotto selkeää ja vieraallekin ymmärrettävää sekä onko lapsella taipumusta toistaa puhetta tai juuttua johonkin osaan puhetta. Kouluikäisten lasten huoltajia pyydettiin arvioimaan, onko lapsen puhe epäselvää verrattuna ikätovereihin ja onko lapsella ollut viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana änkytystä. Lisäksi kouluikäisten huoltajilta kysyttiin lapsen äännevirheistä. Huoltajat vastasivat myös kysymykseen, oliko lapsi ollut puheterapeutin arvioissa tai kuntoutuksessa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Terveystarkastuksen yhteydessä täyttämässä lomakkeessa kysyttiin, oliko lapsen asioissa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana oltu yhteydessä puheterapeuttiin. Kysymyksellä selvitettiin lastenneuvolasta

tai kouluterveydenhuollosta tehtyjä konsultaatioita ja yhteydenottoja.

Vanhemmat raportoivat sujumattomuutta (toistoa ja juuttumista) puheen tuotossa enemmän kolmevuotiailla kuin viisivuotiailla lapsillaan (taulukko 4.2.2.1). Sukupuolten välillä oli eroa kolmevuotiaiden lasten ryhmässä siten, että pojilla esiintyi enemmän puheen sujumattomuutta. Viisivuotiailla ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa puheen sujuvuudessa tyttöjen ja poikien välillä. Äidin koulutuksen perusteella luokiteltuna alemman koulutusryhmän äitien lapsilla oli enemmän ongelmia puheen sujuvuudessa kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Merkittäviä alueellisia (Kainuu, Turku) eroja ei ollut havaittavissa.

Taulukko 4.2.2.1. Ongelmia puheen sujuvuudessa ikäryhmittäin, sukupuolittain ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

	3 v			5 v			3- ja 5-vuotiaat yhteensä	
	Poika	Tyttö	Yhteensä	Poika	Tyttö	Yhteensä	Äidin koulutus Alempi	Ylempi
Joskus	39	32	35	25	19	22	32	25
Usein	5	3	4	2	3	3	4	3
N	369	406	775	435	463	898	653	1 013
Puuttuvat	5	1	6	1	4	5	4	5

Puheen selkeydessä ja ymmärrettävyydessä näkyi selkeä ero sukupuolten välillä. Pojilla oli epäselvempi puhe kolmevuotiaana kuin tytöillä ja ero säilyi vielä viisivuotiailla lapsillakin. Äidin koulutuksella sen sijaan ei ollut merkitystä siihen, kuinka selkeää lapsen puhe oli kolme- tai viisivuotiaana (taulukko 4.2.2.2).

Taulukko 4.2.2.2. Puheen tuotto epäselvää ja vieraalle vaikeasti ymmärrettävää ikäryhmittäin, sukupuolittain ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

	3 v			5 v			3- ja 5-vuotiaat yhteensä	
	Poika	Tyttö	Yhteensä	Poika	Tyttö	Yhteensä	Äidin koulutus Alempi	Ylempi
Puheentuotto epäselvää	18	11	14	10	5	7	12	10
N	372	402	774	434	464	898	652	1 012
Puuttuvat	2	5	7	2	3	5	5	5

Kouluikäisistä lapsista luokka-asteilla 1, 5 ja 8 pojilla oli enemmän mainintoja epäselvästä puheesta kuin tytöillä. Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ensimmäisellä ja viidennellä luokalla (taulukko 4.2.2.3).

Taulukko 4.2.2.3. Puhe epäselvää verrattuna vastaavaan ikäryhmään, luokka-asteen ja sukupuolen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

	1. lk			5. lk			8. lk		
	Poika	Tyttö	Yht.	Poika	Tyttö	Yht.	Poika	Tyttö	Yht.
Puhe epäselvää	7	3	5	3	0,4	2	2	1	1
N	559	544	1 103	477	497	974	475	527	1 002
Puuttuvat	7	6	13	9	5	14	2	2	4

Äännevirheet olivat yleisiä vielä kouluiässä, etenkin pojilla. Ero sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä. Ensimmäisellä luokalla oli äännevirheitä neljäsosalla pojista ja viidesosalla tytöistä. Viidennellä luokalla äännevirheitä oli edelleen 11 % pojista ja 5 % tytöistä. Vastaavat osuudet olivat kahdeksannella luokalla noin 6 % pojista ja 3 % tytöistä. Alueellisesti (Kainuu, Turku) ei esiintynyt eroja äännevirheiden esiintyvyydessä. Myöskään äidin koulutuksella ei ollut vaikutusta siihen, kuinka paljon äännevirheitä esiintyi (taulukko 4.2.2.4).

Taulukko 4.2.2.4. Äännevirheet luokka-asteen ja sukupuolen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

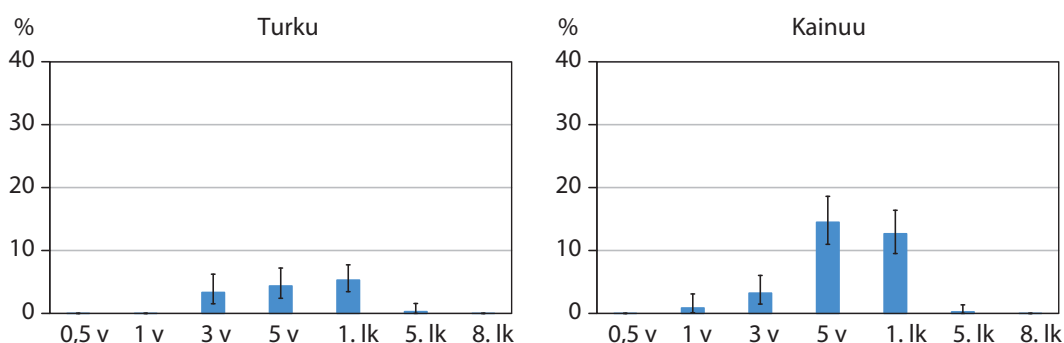
	1. lk			5. lk			8. lk		
	Poika	Tyttö	Yht.	Poika	Tyttö	Yht.	Poika	Tyttö	Yht.
Äännevirheitä	25	20	22	11	5	8	6	3	4
N	548	539	1 087	468	493	961	466	518	984
Puuttuvat	18	11	29	18	9	27	11	11	22

Änkytysoireet luokiteltiin siten, että jos änkytystä esiintyi useammin kuin kerran viikossa tai lähes päivittäin, niin se katsottiin varsinaiseksi änkytysoireeksi. Pojilla esiintyi huoltajien arvion mukaan enemmän änkytysoireita kuin tytöillä, erityisesti 1. ja 8. luokalla (taulukko 4.2.2.5). Lapsen änkytysoireilussa ei ollut merkittäviä alueellisia eroja tai eroja äidin koulutuksen mukaan.

Taulukko 4.2.2.5. Änkytysoireet luokka-asteen, sukupuolen ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

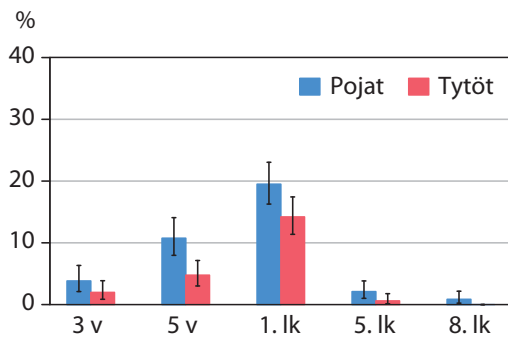
	1. lk			5. lk			8. lk			Koululaiset yhteensä Äidin koulutus	
	Poika	Tyttö	Yht.	Poika	Tyttö	Yht.	Poika	Tyttö	Yht.	Alempi	Ylempi
Päivittäin tai useita kertoja viikossa	1	0,4	1	1	1	1	2	0,4	1	2	1
Satunnaisesti	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1
Harvemmin tai ei koskaan	96	98	97	98	99	98	97	99	98	97	98
N	555	542	1 097	475	492	967	469	521	990	1 197	1 833
Puuttuvat	11	8	19	11	10	21	8	8	16	28	23

Lastenneuvolasta tai kouluterveydenhuollosta viimeksi kuluneen vuoden aikana tehdyt yhteydenotot tai puheterapeutin konsultaatiot olivat Kainuussa yleisempiä kuin Turussa, erityisesti viisivuotiaiden ja 1. luokan oppilaiden ikäluokissa (kuvio 4.2.2.1). Viidennellä ja kahdeksannella luokalla kontaktit puheterapeuttiin olivat harvinaisia molemmilla alueilla.



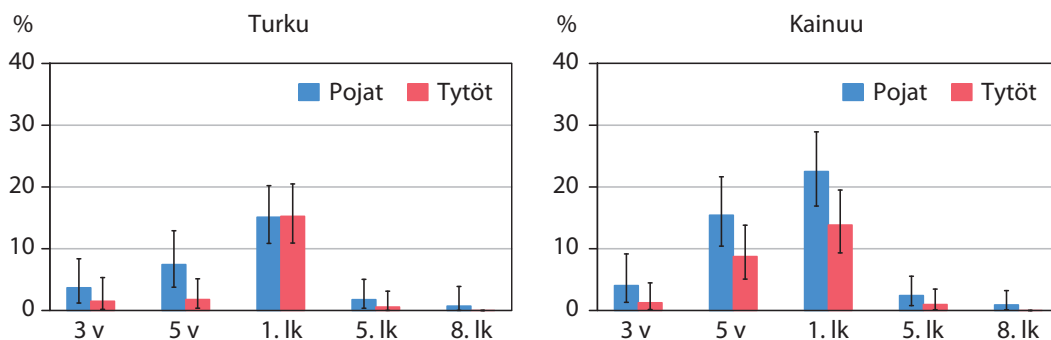
Kuvio 4.2.2.1. Yhteydenotto puheterapeuttiin 12 viime kuukauden aikana, ikäryhmittäin Turussa ja Kainuussa, koko aineisto (%). Terveystoimittajan raportoima tieto.

Puheterapeutin arviossa tai kuntoutuksessa kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana oli huoltajan ilmoituksen mukaan ollut kolmevuotiaista 3 %, viisivuotiaista 8 % ja koulutulokkaista 17 % (kuvio 4.2.2.2). Puheterapeutin arvioissa olleiden osuus oli selkeästi pienempi viidennelle luokalle tultaessa. Kahdeksannella luokalla puheterapeutilla käyntejä oli ollut vain muutamalla pojalla (< 1%). Kaikissa ikäryhmissä puheterapeutilla käynnit olivat yleisempiä pojilla kuin tytöillä.



Kuvio 4.2.2.2. Puheterapeutin arvioissa tai kuntoutuksessa 12 viime kuukauden aikana olleet lapset, sukupuolittain ja ikäryhmittäin (%). Vanhemman raportoima tieto.

Kun tuloksia tarkastellaan eri alueiden välillä, huomataan, että Kainuussa viisivuotiaista lapsista ja ensimmäisen luokan oppilaista hieman suurempi osa oli ollut puheterapeutin kuntoutuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana kuin Turun vastaavan ikäisistä lapsista (kuvio 4.2.2.3). Viidennellä ja kahdeksannella luokalla ero alueiden välillä oli pienempi; lähes yhtä suuri osuus sekä Kainuun että Turun viides- ja kahdeksaluokkalaisista oli ollut puheterapeutin kuntoutuksessa.



Kuvio 4.2.2.3. Puheterapeutin arvioissa tai kuntoutuksessa 12 viime kuukauden aikana olleet lapset, ikäryhmittäin Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

Huoltajien kyselylomakkeella selvitettiin myös sitä, onko äidillä, isällä tai lapsen sisaruksilla joskus todettu puheen tai kielen kehityksen ongelmia ja jakautuiko tämä koulutustason mukaan. Alemman koulutusryhmän äideillä oli ollut enemmän puheen ja kielen kehityksen ongelmia kuin ylemmän koulutusryhmän äideillä. Sekä alemman että ylemmän koulutusryhmän isillä oli ollut enemmän puheen ja kielen kehityksen ongelmia kuin äideillä. Kuitenkin alemman koulutuksen saaneilla isillä oli ollut enemmän kyseisiä ongelmia kuin korkeammin koulutetuilla isillä, ero oli merkittävä erityisesti neuvolaikäisten lasten isillä. Sama ilmiö näkyi sisaruksilla: alemmassa koulutusryhmässä (äidin koulutuksen mukaan) sisaruksilla oli myös ollut enemmän puheen ja kielen kehityksen ongelmia kuin ylemmän koulutuksen ryhmässä (taulukko 4.2.2.6).

Taulukko 4.2.2.6. Vanhemmillä ja sisaruksilla esiintynyt puheen tai kielenkehityksen vaikeuksia, koko aineisto (%). Vanhemman raporttoima tieto.

Neuvola- ja kouluikäisten lasten äidit, joilla on ollut joskus puheen tai kielen kehityksen vaikeutta, äidin koulutuksen mukaan (%)						
	Alempi koulutus			Ylempi koulutus		
	Neuvolaikäisten äidit	Kouluikäisten äidit	Yhteensä	Neuvolaikäisten äidit	Kouluikäisten äidit	Yhteensä
	4	3	4	2	1	2
N	1 291	1 193	2 484	2 071	1 841	3 912
Puuttuvat	14	32	46	9	15	25

Neuvola- ja kouluikäisten lasten isät, joilla on ollut joskus puheen tai kielenkehityksen vaikeutta, isän koulutuksen mukaan (%)						
	Alempi koulutus			Ylempi koulutus		
	Neuvolaikäisten isät	Kouluikäisten isät	Yhteensä	Neuvolaikäisten isät	Kouluikäisten isät	Yhteensä
	5	3	4	4	3	4
N	1 728	1 704	3 432	1 475	1 139	2 614
Puuttuvat	70	105	175	38	41	79

Neuvola- ja kouluikäisten lasten sisarukset, joilla on ollut joskus puheen tai kielenkehityksen vaikeutta, äidin koulutuksen mukaan (%) ¹						
	Alempi koulutus			Ylempi koulutus		
	Neuvolaikäisten sisarukset	Kouluikäisten sisarukset	Yhteensä	Neuvolaikäisten sisarukset	Kouluikäisten sisarukset	Yhteensä
	12	13	13	8	10	9
N	818	1 056	1 874	1 284	1 622	2 906
Puuttuvat	71	50	121	74	54	128

¹ Osuudet laskettu niistä lapsista, joilla oli sisaruksia.

Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan pojilla esiintyi useammin puheen sujumattomuutta ja epäselvää puhetta kuin tytöillä. Myös varsinaista änkytysoiretta esiintyi pojilla enemmän kuin tytöillä. Äännevirheitä oli suhteellisen paljon vielä alakoulun ensimmäisellä luokalla sekä pojilla että tytöillä, ja niiden määrä oli samaa suuruusluokkaa paikkakunnasta riippumatta. Poikien suurempi puheen- ja kielenkehityksen ongelmien riski on todettu monissa tutkimuksissa (Shriberg ym. 1999, Law ym. 2000, McKinnon ym. 2007). Änkytysoireen esiintyvyys vastasi yleensä väestössä esiintyvää änkytyksen määrää, mikä on noin prosentin luokkaa (Craig ym. 2002).

Yhteydenotot puheterapeuttiin loppuivat kouluvuosien myötä, ja 8. luokalla niitä ei ollut enää juuri lainkaan. Myös puheterapeutin antama kuntoutus oli loppunut lähes kokonaan 5. luokalle tultaessa. Tutkimus kuitenkin osoittaa, että lapsilla olisi vielä kouluikässäkkin tarvetta puheterapeutin arviointiin ja kuntoutukseen. Esimer-

kiksi 1., 5. ja 8. luokan pojilla oli änkytysoireita. Pojilla yleensäkin oli enemmän puheeseen liittyviä ongelmia kuin tytöillä vielä kouluikässä. Tulos tukee ajatusta, että puheterapeutin apua tarvittaisiin nykyistä enemmän myös kouluikäisille lapsille ja nuorille.

Äidin koulutustasosta kävi esille, että alemman koulutustason äideillä oli ollut enemmän puheen- ja kielenkehityksen vaikeuksia kuin ylemmän koulutustason äideillä. Isillä puheen- ja kielenkehityksen ongelmien esiintyminen oli ollut yleisempää kuin äideillä sekä alemmassa että ylemmässä koulutusryhmässä. Kuitenkin myös isien välillä oli ero siten, että ylemmän koulutustason isillä oli ollut vähemmän puheen ja kielen ongelmia. Myös alemman koulutustason äitien perheissä sisaruksilla esiintyi enemmän puheen ja kielenkehityksen vaikeuksia kuin ylemmän koulutustason. Tutkimus on osoittanut, että vanhempien koulutustaso on vahvasti yhteydessä puheen ja kielen kehitykseen (Harrison ja McLeod, 2010). On tärkeää ottaa huomioon perheen kokonaistilanne, jotta tiedetään, kuinka paljon voidaan tukeutua vanhempien lapselleen antamaan tukeen ja kuinka paljon kuntoutuksellisiin toimenpiteisiin.

Lastenneuvolassa viisivuotistarkastus on aiemmin ollut ns. syvennetty terveystarkastus (STM 2004). Neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevassa asetuksessa (VNA 338/2011) säädetään laajasta terveystarkastuksesta neljän vuoden iässä, koska kognitiivisten ja muiden oppimisessa tarvittavien taitojen viiveet ja neurologiset ongelmat ovat tuoreiden tutkimusten mukaan tunnistettavissa jo ennen viiden vuoden ikää, jolloin myös tarvittava tuki voidaan järjestää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (STM 2009, Valtonen 2009). Lastenneuvoiloissa on hyvin yleisesti käytössä Lumiukko-testi, joka soveltuu juuri viisi vuotta täyttäneiden lasten puheen- ja kielenkehityksen arviointiin (Korpilahti 1999). Vastaavaa standardoitua, validoitua testiä ei ole neljävuotiaalle, mutta leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmään (Lene) sisältyy puheen ymmärtämistä ja käsitteitä kartoittavia kysymyksiä (Valtonen ym. 2003, Valtonen ym. 2007). Koko ikäryhmälle tehtävien standardoitujen testien avulla on mahdollisuus löytää riittävän varhain ne lapset, joiden kielenkehitys on viivästynyt ja jotka tarvitsevat lisätutkimuksia tai puheterapiaa. On tärkeää, että kielenkehityksen ongelmat löydetään ja kuntoutus päästään aloittamaan riittävän varhain. Erityisesti poikien kohdalla olisi syytä seuloa puheenkehitystä tarkasti, koska heillä raportoitiin enemmän puheen ongelmia kuin tytöillä vielä 8. luokalla. Alle kouluikäisten lasten puheen- ja kielenkehityksen seulontaan kaivattaisiin edelleen lisää arviointimenetelmiä kielen eri osa-alueilta. Standardoidut testit ja arviointimenetelmät luovat yhdenmukaisuutta neuvolaseulontaan yleisesti ja myös alueellisesti.

Tutkimus osoittaa, että yhteistyötä tarvitaan eri tahojen, kuten kuntoutushenkilökunnan, neuvolan, päiväkodin, kouluterveydenhuollon ja koulun välillä, jotta lapset saisivat tarvitsemansa tuen puheenkehitykseensä ja sitä kautta heillä olisi mahdollisuus parempaan koulumenestykseen ja elämänlaatuun.

Lähteet

- Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M, Peters K. Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech Language and Hearing Research* 2002;45,1097–1105.
- Harrison LJ, McLeod, S. Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 2010;53, 508–529.
- Kielellinen erityisvaikeus (dysfasia, lapset ja nuoret) (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Foniatriin ry:n ja Suomen Lastenneurologisen yhdistyksen ja asettama työryhmä. Saatavissa internetissä: www.kaypahoito.fi.
- Korpilahti P. Lumiukko. 5-vuotiaan puheseula. Laajennettu lasten viisivuotistutkimus. LaCo, Language and Communication Care Oy 1999.
- Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Screening for speech and language delay: a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment* 1998;2(9).
- Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 2000;35,165–188.
- McKinnon DH, McLeod S, Reilly S. The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Language Speech, and Hearing Services at School* 2007;38,5–15.
- McLeod S, McKinnon DH. Prevalence of communication disorders compared with other learning needs in 14,500 primary and secondary school students. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 2007;42,37–59.
- Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US preventive services task force. *Pediatrics* 2006;117,e298–e319.
- Shriberg L, Tomblin J, McSweeney J. Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 1999;42, 1461–1481.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten suun ehkäisevästä terveydenhuollosta (338/2011). Saatavissa internetissä: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 14:2004. Helsinki 2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen 380/2009 perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20:2009. Helsinki 2009.

- Taanila A, Yliherva A, Kaakinen M, Moilanen I, Ebeling H. An epidemiological study of Finnish school-aged children with learning difficulties and behavioural problems. *International Journal of Circumpolar Health* 2011;70,59–71.
- Valtonen R, Mustonen K ja työryhmä. LENE – Leikki-ikäisen lapsen neurologinen arvio. Niilo Mäki Instituutti. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino 2003.
- Valtonen R, Mustonen K ja työryhmä. LENE – Leikki-ikäisen lapsen neurologinen arvio. Niilo Mäki Instituutti. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino 2007.
- Valtonen R. Kehityksen ja oppimisen ongelmien varhainen tunnistaminen Lene-arvioinnin avulla. Kehityksen ongelmien päällekkäisyys ja jatkuvuus 4–6-vuotiailla sekä ongelmien yhteys koulusuoriutumiseen. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 2009;357. University of Jyväskylä: Jyväskylä University 2009.

4.2.3 Masennusoireilu

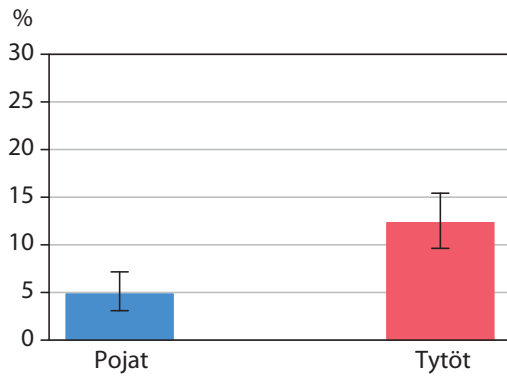
Päivi Mäki ja Tiina Laatikainen

Arviolta noin 10 %:lla alle 12-vuotiaista ja 12–15 %:lla yli 12-vuotiaista on tutkimusta ja hoitoa vaativia psyykkisiä häiriöitä (Rajantie ja Perheentupa 2005). Mielenterveyshäiriöt lisääntyvät nuoruudessa ja yleisimpiä ne ovat varhaisessa aikuisuudessa (Newman ym. 1996). Nuoruudessa mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys on noin kaksinkertainen lapsiin verrattuna (Marttunen ja Kaltiala-Heino 2007). Arviolta noin 20–25 % nuorista kärsii nuoruusiän aikana sellaisesta, pitkäkestoisesta mielenterveyden häiriöstä tai oireilusta, että he hyötyisivät hoidosta (Aalto-Setälä 2001, Karlsson ja Marttunen 2007).

Yleisin mielialahäiriö on masennus. Lapsuudessa masennushäiriöitä on tytöillä ja pojilla suurin piirtein yhtä paljon, mutta nuoruusiässä tyttöjen depression yleisyys on noin kaksinkertainen poikiin nähden. Eriasteiset masennustilat yleistyvät 15–18-vuoden iässä. Osa masentuneista nuorista kärsii myös jostakin muusta mielenterveydenhäiriöstä, kuten ahdistuneisuushäiriöstä, aktiivisuuden ja tarkkavuuden häiriöistä, käyttäytymishäiriöistä tai päihteiden väärinkäytöstä. Hoitamaton masennus on vakava sairaus, joten on tärkeää, että nuorten masennusoireet tunnistetaan riittävän varhain. (Karlsson ja Marttunen 2007.)

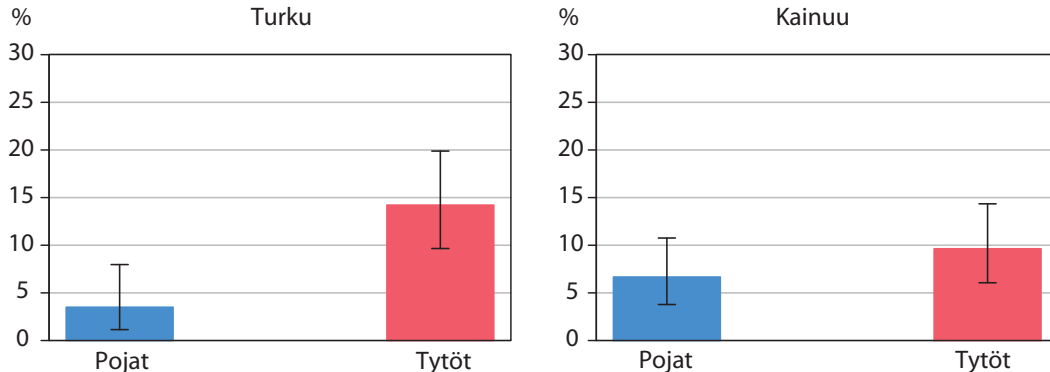
Tässä tutkimuksessa nuoret täyttivät kyselylomakkeen, johon kuului RBDI-mielialakysely. RBDI on kehitetty Beck Depression Inventory (BDI) mielialakyselystä (Beck ja Beck 1972, Raitasalo 2007). RBDI-mielialakyselyn vastausvaihtoehdot pisteytettiin ohjeiden (Raitasalo 2007) mukaan seuraavasti: 1–2 = 0 pistettä, 3 = 1 piste, 4 = 2 pistettä, 5 = 3 pistettä. RBDI-kyselyn pisteet ovat viitteellisiä, mutta niiden perusteella voidaan kuitenkin kartoittaa nuoren masennusoireilua ja sen vakavuutta sekä mahdollista konsultaation ja hoidon tarvetta. RBDI-kyselyn 13 mielialaa koskevasta kysymyksestä laskettiin yhteispistemäärä, joka luokiteltiin seuraavasti: 0–4 pistettä: ei masennusoireita, 5–7 pistettä: lieviä masennusoireita, 8–15 pistettä: kohtalaisia masennusoireita ja 16–39 pistettä: vakavia masennusoireita. Tässä raportissa tarkastellaan niiden nuorten osuutta, joilla RBDI-mielialakyselyn yhteispistemäärä oli 5 tai enemmän (vähintään lieviä masennusoireita).

Masennusoireet olivat kahdeksaluokkalaisilla tytöillä yleisempiä kuin pojilla, ero on tilastollisesti merkitsevä. Vähintään lieviä masennusoireita oli koko LATE-aineistossa 5 %:lla kahdeksannen luokan pojista ja 12 %:lla samanikäisistä tytöistä (kuvio 4.2.3.1).



Kuvio 4.2.3.1. Vähintään lieviä masennusoireita RBDI-mielialakyselyn mukaan, koko aineisto (%). 8./9. luokkalaisten itse raportoima tieto.

Verrattaessa Turun ja Kainuun kahdeksaluokkalaisten RBDI-mielialakyselyn tuloksia, todetaan, että Turussa tyttöjen ja poikien välillä oli masennusoireilun yleisyydessä suurempi ero kuin Kainuussa tyttöjen ja poikien välillä. Kahdeksaluokkalaisten tyttöjen masennusoireilu oli Turussa hieman yleisempää kuin Kainuussa (14 % vs. 10 %), mutta poikien masennusoireilu oli yleisempää Kainuussa (7 %) kuin Turussa (4 %) (kuvio 4.2.3.2). Tuloksia tarkasteltaessa on syytä huomioida, että niitä nuoria, joilla oli ollut masennusoireita, on aineistossa suhteellisen vähän. Nuorten masennusoireilussa ei ollut havaittavissa eroa äidin koulutuksen perusteella.



Kuvio 4.2.3.2. Vähintään lieviä masennusoireita RBDI-mielialakyselyn perusteella Turussa ja Kainuussa (%). 8./9. luokkalaisten itse raportoima tieto.

RBDI-kyselyn 14. kysymys mittaa ahdistuneisuutta, eikä sen pisteitä huomioitu kyselyn pisteitä yhteen laskettaessa. Ahdistuneisuutta tai jännittyneisyyttä oli tytöillä hieman yli kaksinkertaisesti poikiin verrattuna (16 % vs. 7 %) (taulukko 4.2.3.1). Ahdistuneisuusoireilussa ei ollut merkittäviä alue-eroja tai eroja äidin koulutuksen mukaan.

Taulukko 4.2.3.1. Ahdistuneisuusoireilua, koko aineisto (%). 8./9. luokkalaisten itse raportoima tieto.

	8. lk Pojat	8. lk Tyttöt	8. lk Yhteensä
Ahdistun ja jännityn melko helposti	6	15	11
Tulen erityisen helposti tuskaiseksi, ahdistuneeksi tai jännittyneeksi	1	1	1
Tunnen itseni jatkuvasti ahdistuneeksi ja tuskaiseksi kuin hermoni olisivat loppuun kuluneet	0,2	0	0,1
N	476	526	1 002
Puuttuvat	1	3	4

Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen mukaan masennusoireet olivat tytöillä yleisempiä kuin pojilla. Vastaava sukupuolten välinen ero on todettu myös muissa tutkimuksissa, kuten Kouluterveyskyselyssä (Luopa ym. 2010). Tyttöjen ja poikien välinen ero näkyy myös erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynneissä. 13–17-vuotiaiden tyttöjen poliklinikkakäynnit ovat 2000-luvulla lisääntyneet kolmanneksella. Tytöt käyttivät erikoissairaanhoidon poliklinikkapalveluja lähes puolet useammin kuin pojat, ja ero johtui ensisijaisesti psykiatrian poliklinikkakäynneistä. (Tilastokeskus ja Stakes 2007.) Lapset joutuvat myös entistä useammin sairaalahoitoon mielenterveydellisten ongelmien vuoksi. Teini-ikäisillä tytöillä psykiatristen erikoisalojen hoitajaksojen määrä on kaksinkertaistunut kymmenen vuoden aikana. (Tilastokeskus ja Stakes 2007.)

Tytöt raportoivat myös poikia enemmän ahdistuneisuusoireilua. Tämäkin vastaa aiempia tietoja nuorten ahdistuneisuudesta ja ahdistuneisuushäiriöistä (Ranta ym. 2001). Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä psyykkisiä häiriöitä. Kaikkien ahdistuneisuushäiriöiden yhteenlasketun esiintyvyyden on arvioitu olevan nuorilla noin 6–10 % (Ranta ja Rantanen). Ahdistuneisuushäiriöistä vain osa on ohimeneviä, joten niiden tunnistaminen ja hoitaminen on tärkeää.

Masennusoireet havaitaan usein koulussa. Nuori ei välttämättä itse tiedosta olevansa masentunut, vaan hänellä voi olla jatkuvaa väsymystä, levottomuutta, ärtyneisyyttä, kiukkuisuutta tai vihaisuutta. Nuorella voi olla myös somaattista oireilua, kuten päänsärkyä tai vatsakipuja. (Karlsson ja Marttunen 2007.) Näitä samoja oireita voi esiintyä myös ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä nuorilla (Ranta ja Rantanen). Ahdistuneisuudesta kärsivät nuoret pyrkivät myös kontrolloimaan ahdistumistaan välttämällä tilanteita, joissa ahdistuneisuus lisääntyy. Tämä voi näkyä mm. poissaoloina tai vaikka haluttomuutena pitää esitelmiä. Kouluterveydenhuollolla ja muulla oppilashuollon henkilöstöllä on keskeinen rooli nuorten masennus- ja ah-

distuneisuusoireiden varhaisessa tunnistamisessa ja hoitoon ohjaamisessa. Koulu-terveydenhuollon suositusten mukaan kaikille kahdeksannen luokan oppilaille tulisi tehdä RBDI-mielialakysely laajassa terveystarkastuksessa (Stakes 2002, STM 2009). RBDI-kyselyn käyttö kouluterveydenhuollossa kaikilla kahdeksannen luokan oppilailla auttaa masennusoireiden ja ahdistuneisuuden tunnistamisessa. Lisäksi kun kyselyä käytetään kaikilla nuorilla, vältetään leimaamasta joitakin nuoria riskiryhmään kuuluvaksi. Nuorten masennusoireiden ja ahdistuneisuusoireiden seulonta edellyttää, että jatkotoimenpiteistä ja yhteistyöstä nuorten mielenterveyshäiriöiden hoidossa on sovittu kunnassa. Yhteistyö lääkärin ja terveydenhoitajan sekä muiden oppilashuollon toimijoiden kesken masennusoireisten ja muiden mielenterveysongelmaisten nuorten tunnistamiseksi, tukemiseksi ja hoitoon ohjaamiseksi on tärkeää (Karlsson ja Raitasalo 2011).

Lähteet

- Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression. *J Affect Disord* 2002, 70:35–47.
- Beck A, Beck R. Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgrad Med* 1972;52, 81–85.
- Karlsson L, Raitasalo R. RBDI. 2011. Kirjassa Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. toim. 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 14. Helsinki 2011.
- Karlsson L, Marttunen M. Nuorten depressio: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 10/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Saatavissa internetistä: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b10.pdf.
- Luopa P, Lommi A, Kinnunen T, Jokela J. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 200–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 20/2010. Helsinki 2010.
- Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Nuorisopsykiatria. Kirjassa Psykiatria. Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. toim. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim 2007.
- Marttunen M. Nuorten masennuksen hoitoon tarvitaan aktiivista otetta. *Duodecim* 2010;126(22):2558–9.
- Newman D, Moffitt TE, Caspi A, Magdol L, Silva PA, Stanton W. Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *J Cons Clin Psych* 1996;64:552–62.

- Raitasalo R. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86, 2007. Helsinki 2007.
- Raitasalo R, Notkola V. Viljelijäväestön mielenterveyden ongelmien seulonta ja työterveyshuolto. Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti 1987;24: 232–241.
- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten ahdistuneisuushäiriöt. Duodecim 2001;117(12):1225–1232.
- Ranta K, Rantanen P. Nuorten ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. Saatavilla internetissä: <http://therapiafennica.fi>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen 380/2009 perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20:2009. Helsinki 2009.
- Stakes. Kouluterveydenhuolto – Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Helsinki 2002.

4.2.4 Lasten sairastavuus ja lääkkeiden käyttö

Tiina Laatikainen ja Päivi Mäki

Suomalaisten lasten terveys on maailmanlaajuisesti hyvä ja kuolleisuus on vähentynyt kolmasosaan vuoden 1970 tasosta. 2000-luvulla 0–17-vuotiaiden lasten kuolleisuus on säilynyt kutakuinkin tasaisena ollen keskimäärin noin 35/100 000 lasta (Kartovaara 2007). Imeväiskuolleisuus on Suomessa maailman alhaisinta ja vakiintunut 2000-luvulla tasolle 3/1000 elävänä syntynyttä lasta.

Pitkäaikaissairauksista suomalaiset lapset sairastavat eniten mielenterveyshäiriöitä, astmaa ja allergiaa. Erilaisten tutkimusten ja arvioiden mukaan mielenterveyshäiriöistä kärsii noin 15 % alle 15-vuotiaista lapsista ja näistä 5–7 % vaatii erikoissairaanhoidoa (Rajantie ja Perheentupa 2005). Vakavat astmakohtaukset ja astmakuolemat ovat Suomessa voimakkaasti vähentyneet, lähes hävinneet, vuoden 2006 tietojen mukaan. Sen sijaan astman ja allergian yleisyys kasvaa erityisesti lapsilla. Vuonna 2003 toteutetun lasten astma- ja allergiatutkimuksen mukaan jopa 43 %:lla 7–15-vuotiaista lapsista Pohjois-Karjalassa oli vähintään yksi positiivinen ihotestireaktio erilaisille allergeeneille. Tutkimuksessa astmaa raportoiti 9 %, allergista nuhaa 49 % ja allergista ihottumaa 38 % lapsista (von Hertzen ym. 2006). Tässä on nähtävissä huomattavaa kasvua 1990-luvun lopun arvioihin verrattuna, jolloin astman yleisyydeksi arvioitiin noin 4–7 %, allergisen nuhan 15–23 % ja allergisen ihottuman 15–19 %, hieman alueesta riippuen (Rajantie ja Perheentupa 2005).

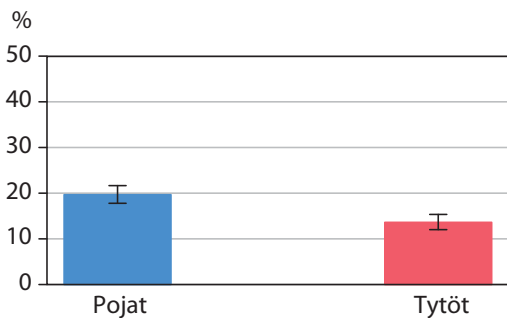
Erilaiset infektiot ovat lasten yleisin terveysongelma ja aiheuttavat eniten poissaoloja päivähoidosta (Pönkä ym. 1994) ja koulusta sekä noin kaksi kolmasosaa lasten sairausvastaanottokäynneistä (Rajantie ja Perheentupa 2005, Takala ym. 2002). Suurin osa lasten infektioista on virusten aiheuttamia, yleisimpänä virusperäinen ylähengitystietulehdus (Rautakorpi ym. 2001). Lapset sairastavat myös bakteeritulehduksia. Kelan lääkerekisterin mukaan jopa kaksi kolmasosaa alle kolmevuotiaista lapsista saa vuosittain antibioottikuurin ja 5–6-vuotiaistakin vielä 40 %, kun muun väestön kohdalla vastaava osuus on 20–30 % (KELA, tilastotietokanta Kelasto).

Säännöllisen lääkityksen käyttö kuvastaa osaltaan lasten pitkäaikaissairastavuutta. Siihen vaikuttaa myös hoitokäytäntöjen muuttuminen. Lasten lääkkeiden käyttö on viime vuosikymmeninä lisääntynyt. Eniten säännöllistä lääkitystä lapsilla on allergioiden ja astman hoitoon (Ylinen ym. 2010).

Tässä tutkimuksessa neuvolaikäisten lasten vanhemmilta tiedusteltiin terveystarkastuksen yhteydessä onko lapsella jokin lääkärin toteama sairaus, vamma tai kehitysviive. Lista sisälsi pitkäaikaissairauksia ja vammoja, kuten astma, atooppinen tai allerginen ihottuma, psyykinen häiriö, karsastus, älyllinen kehitysvammaisuus, CP-liikuntavammaisuus sekä muut kehitysviivästymät. Kouluikäisten lasten vanhemmat vastasivat vastaavaan kysymykseen huoltajien lomakkeella. Leikki-ikäisten ja kouluikäisten osalta tiedusteltiin sairastavuutta hieman laajem-

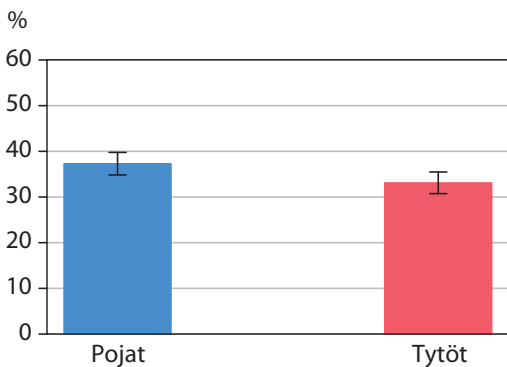
min mukaan lukien allerginen nuha, ruoka-aineallergia, synnynnäiset sydän- ja rakenneviat, karsastus, epilepsia, diabetes, reuma, syöpä ja keliakia. Tässä tarkastellaan niitä lapsia ja nuoria, joilla on vähintään yksi lääkärin diagnosoima pitkäaikaissairaus, vamma tai kehitysviive.

Neuvolaikäisillä pojilla oli hieman enemmän lääkärin toteamia sairauksia, vammoja tai kehitysviivästyksiä kuin tytöillä (kuvio 4.2.4.1). Lähes viidesosalla pojista ja hieman useammalla kuin joka kymmenennellä tytöllä oli jokin lääkärin diagnosoima pitkäaikaissairaus, vamma tai kehitysviive. Turun ja Kainuun maakuntien välillä ei ollut esiintyvyydessä mitään eroja. Pitkäaikaissairauksien yleisyys neuvolaikäisillä ei myöskään eronnut äidin koulutuksen mukaan.



Kuvio 4.2.4.1. Jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus, vamma tai kehitysviive (neuvolaikäiset), koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Kouluikäisillä tyttöjen ja poikien välinen ero pitkäaikaissairastavuudessa oli huomattavasti pienempi kuin neuvolaikäisillä (kuvio 4.2.4.2). Kouluikäisistä pojista lähes 40 %:lla oli jokin lääkärin toteama sairaus, vamma tai kehitysviivästyksiä. Tyttöillä vastaava osuus oli 32 %. Myöskään kouluikäisillä ei havaittu pitkäaikaissairastavuudessa alueellisia eroja tai eroja äidin koulutuksen mukaan.

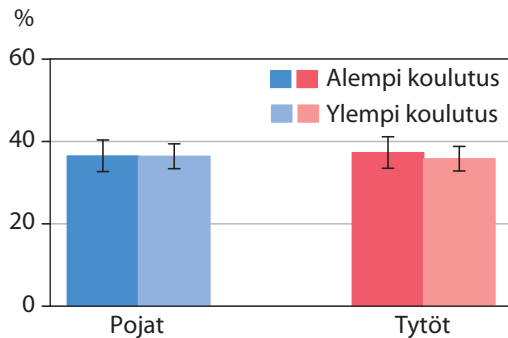


Kuvio 4.2.4.2. Jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus, vamma tai kehitysviive (kouluikäiset), koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Tutkimuksessa kysyttiin myös lasten ja nuorten lyhytaikaisesta sairastelusta. Vanhemmilta kysyttiin olivatko lapset sairastaneet erilaisia tulehdustauteja viimeisen

12 kuukauden aikana. Tässä tarkasteltavaksi valittiin neuvolaikäisten korvatulehdukset, koska ne ovat tämänikäisillä lapsilla hyvin yleisiä ja kuitenkin melko spesifisesti määriteltävissä.

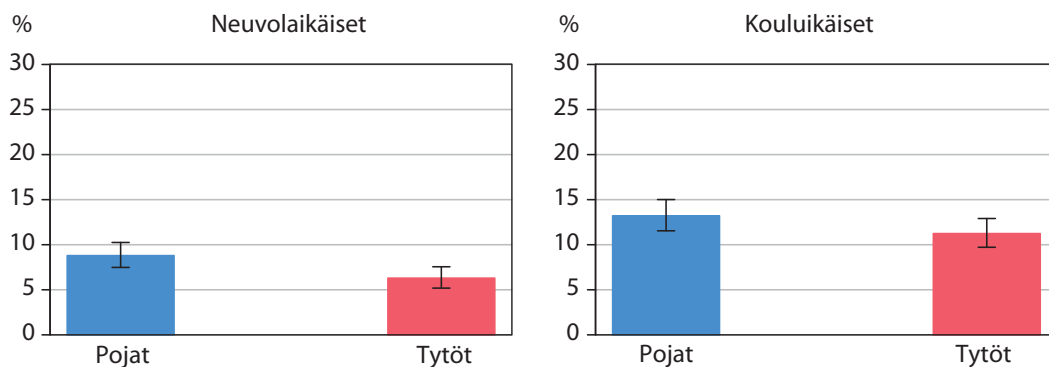
Vähintään yhden korvatulehduksen oli sairastanut lähes 40 % sekä tytöistä että pojista. Sairastavuudessa ei ollut eroja tutkimusalueiden (Turku ja Kainuu) välillä eikä myöskään äidin koulutuksen mukaan (kuvio 4.2.4.3). Muissakaan infektio- ja tauditilanteissa ei havaittu eroja sukupuolen, alueen tai äidin koulutustaustan mukaan.



Kuvio 4.2.4.3. Korvatulehduksen sairastaneet neuvolaikäiset pojat ja tytöt äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

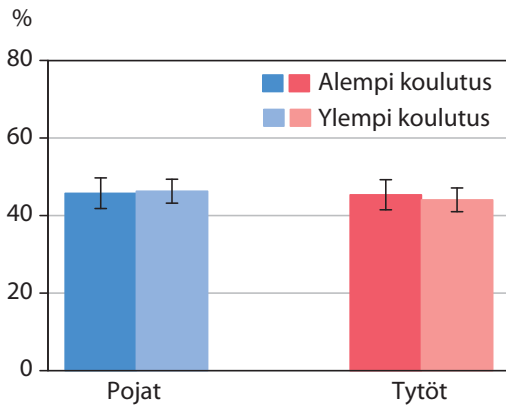
Huoltajan kyselylomakkeessa kysyttiin käyttikö lapsi tutkimushetkellä jotain lääkärin määräämää lääkettä. Kysymyksessä kysyttiin sekä säännöllinen lääkitys että lääkekuurit. Lisäksi tiedusteltiin erikseen antibioottikuurien syönti viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana.

Säännöllistä lääkitystä käyttäviä neuvolaikäisiä poikia oli enemmän kuin tyttöjä, mikä sopii yhteen poikien yleisemmän pitkäaikaissairastavuuden kanssa. Neuvolaikäisistä pojista 9 %:lla ja tytöistä 6 %:lla oli jokin säännöllinen lääkitys. Kouluiässä poikien ja tyttöjen välinen ero ei ollut enää tilastollisesti merkitsevää. Säännöllistä lääkitystä käyttävien osuus oli kouluikäisillä hieman suurempi kuin neuvolaikäisillä (kuvio 4.2.4.4). Säännöllisessä lääkityksessä ei havaittu alue-eroja tai eroja äidin koulutuksen mukaan.



Kuviot 4.2.4.4. Säännöllinen lääkitys neuvola- ja kouluikäisillä tytöillä ja pojilla, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Antibioottien käyttö oli hyvin yleistä erityisesti neuvolaikäisillä. Lähes 45 % sekä tytöistä että pojista oli syönyt vähintään yhden antibioottikuurin edellisen vuoden aikana. Kouluikäisilläkin antibioottien käyttö oli yleistä, mutta vähäisempää kuin neuvolaikäisillä. Kouluikäisistä sekä pojista että tytöistä noin 30 % oli syönyt vähintään yhden antibioottikuurin edellisen vuoden aikana. Antibioottien käytössä ei havaittu alue-eroja tai eroja äidin koulutuksen mukaan (kuvio 4.2.4.5).



Kuvio 4.2.4.5 Antibiootteja 12 viime kuukauden aikana käyttäneiden neuvolaikäisten poikien ja tyttöjen osuus äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen mukaan lasten pitkäaikaissairastavuus on yleisempää kuin mitä aiemmin on raportoitu. Aiempien arvioiden mukaan hieman yli 20 %:lla lapsista on jokin pitkäaikaissairaus (Rajantie ja Perheentupa 2005). Useimmat arviot perustuvat kuitenkin erilaisiin tilastoihin, joissa on huomioitu muun muassa sairaalahoitoja ja lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia, jolloin tilastointiin tulee mukaan vain vakavimmat sairaudet. Tässä tutkimuksessa lääkärin diagnosoimia pitkäaikaissairauksia, vammoja tai kehitysviiveitä oli neuvolaikäisistä noin 15 %:lla mutta kouluikäisistä yli 30 %:lla. Samoin kuin aiemmissa raporteissa pitkäaikaissairastavuus oli pojilla yleisempää kuin tytöillä. Sen sijaan tässä tutkimuksessa ei havaittu alue-eroja, vaikka aiemmin on raportoitu, että pitkäaikaissairauden vuoksi hoitotukea saavien osuus on ollut suurempi Kainuun maakunnassa ja Itä-Suomessa kuin esimerkiksi Päijät-Hämeessä tai Satakunnassa (Rajantie ja Perheentupa 2005).

Säännöllisen lääkityksen käyttö vastasi melko hyvin raportoitua pitkäaikaissairastavuutta. Noin puolella tähän tutkimukseen osallistuneista lapsista, joilla raportoitiin jokin pitkäaikaissairaus, vamma tai kehitysviive oli käytössään jokin säännöllinen lääkitys. Säännöllistä lääkitystä raportoivien osuus oli kuitenkin huomattavasti suurempi kuin erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen lasten osuus. Vuonna 2009 korvauksiin oikeutettuja oli 3,6 % alle 16-vuotiaista lapsista (SOTKANet). Erityiskorvattavista lääkkeistä suurin osuus on astmalääkkeitä.

Korvatulehdukset olivat hyvin yleisiä erityisesti neuvolaikäisillä lapsilla. Aiemmin raportoidun mukaan lapsilla korvatulehdukset ovat lääkäriin hakeutumisen syynä jopa kolmasosassa kaikista avohoidon käynneistä (Takala ym. 2002). Näyttäisi siltä, että lasten tulehdustaudeissa ei ole havaittavissa merkittäviä sosioekonomisia eroja. Kattavan kansallisen rokotusohjelman avulla voidaan lasten vakavia tulehdustauteja torjua ja ylläpitää myös eri sosiaaliryhmien tasa-arvoisuutta. Pneumokokki on tavallisin pikkulasten välikorvatulehduksen aiheuttaja. Pneumokokkirokotus kuuluu nykyään kansalliseen rokotusohjelmaan. Kaikilla 1.6.2010 ja sen jälkeen syntyneillä lapsilla on ollut mahdollisuus saada pneumokokkirokote maksettu neuvolasta.

Antibioottien käyttö oli tutkimusaineistossa hyvin yleistä. Vastaten KELA:n raportoimia tietoja yli 40 % neuvolaikäisistä oli käyttänyt antibiootteja viimeisen vuoden aikana. Antibioottien käyttö osaltaan kertoo infektioitautien yleisyydestä lapsilla. Toisaalta kaikkien tulehdustautien hoitoon ei tarvita antibioottilääkitystä, vaan ne paranevat ilman antibioottihoitoa. Neljä viidestä kuurista Suomessa käytetään hengitystieinfektioiden hoitoon (Rautakorpi 2001), joista suurin osa on kuitenkin virusten aiheuttamia. Antibioottien runsas käyttö on vähitellen johtanut lääkkeille vastustuskykyisten bakteerien lisääntymiseen maailmalla.

Lähteet

- Kartovaara L. Lasten kuolleisuus. Kirjassa Tilastokeskus ja Stakes Suomalainen lapsi 2007. Helsinki 2007.
- Pönkä A, Salminen E, Nykänen M, Dahlbom M, Nurmi T. Lasten sairastavuus päiväkodeissa ja ryhmäperhepäiväkodeissa. Suomen Lääkärilehti 1994;49,3579–83.
- Rajantie J, Perheentupa J. Lasten terveys. Kirjassa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. toim. Suomalaisten terveys. Saarijärvi 2005.
- Rautakorpi UM, Klaukka T, Honkanen P, Mäkelä M, Nikkarinen T, Palva E, Roine R, Sarkkinen H, Huovinen P, MIKSTRA Collaborative Study Group. Antibiotic use by indication: a basis for active antibiotic policy in the community. Scand J Infect Dis. 2001;33(12),920–6.
- Takala P, Klaukka T, Rahkonen O. Lasten lääkäripalvelujen käyttö. Suomen Lääkärilehti 2002;42,4199–4202.
- Von Hertzen L, Mäkelä MJ, Petäys T, Jousilahti P, Kosunen TU, Laatikainen T, Vartiainen E, Haahtela T. Growing disparities in atopy between the Finns and the Russians: A comparison of 2 generations. J Allerg and Clin Immunol 2006;117(1),151–157.
- Ylinen S, Hämeen-Anttila K, Sepponen K, Lindblad ÅK, Ahonen R. The use of prescription medicines and self-medication among children – a population-based study in Finland. Pharmacoepidemiology and drug safety 2010;19,1000–1008.
- KELA:n Tilastotietokanta Kelasto: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/alias/kelasto>.

4.2.5 Terveyspalvelujen käyttö

Tiina Laatikainen

Terveyskeskusten avohoitotilastojen mukaan alle kouluikäiset kävivät vuonna 2005 lääkärin vastaanotolla, joko terveyskeskuksessa tai yksityisesti, keskimäärin 3,5 kertaa (Rintanen 2007). Vastaavasti 7–14-vuotiailla keskimääräinen käyntimäärä oli 1,5 kertaa. Lapsiperheet käyttävät terveydenhuollon palveluja paljon. Joka viides terveyskeskuslääkärin asiakas on alle 15-vuotias lapsi. Kelan ja Stakesin väestötutkimuksen mukaan lasten lääkärisäkäynnit lisääntyivät vuosien 1987 ja 1996 välillä (Takala ym. 2002), mutta terveyskeskusten avohoitotilastojen mukaan vuodesta 1997 vuoteen 2005 lasten käynnit terveyskeskuslääkärillä ovat huomattavasti vähentyneet. Samanaikaisesti yksityislääkärikäyntien määrä on säilynyt ennallaan (Rintanen 2007).

Erikoissairaanhoidon poliklinikoilla oli vuonna 2005 käynyt 40 % 0–2-vuotiaista pojista ja 34 % vastaavanikäisistä tytöistä (Rintanen 2007). Vuosien 1987 ja 1996 välillä sairaaloiden poliklinikkakäynnit lisääntyivät eniten (Takala ym. 2007). Sen sijaan 2000-luvulla poliklinikkakäyntien määrä on pysynyt lähes ennallaan. Kuitenkin 13–17-vuotiaiden tyttöjen poliklinikkakäynnit ovat lisääntyneet merkittävästi johtuen pääasiallisesti psykiatrian poliklinikkakäynneistä (Rintanen 2007).

Lasten osuus kunnallisten hammashuollon palvelujen käytöstä on noin 45 %. Vuonna 2005 terveyskeskusten avohoitotilastojen mukaan alle 18-vuotiaista 80 % oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana jotain hammashuollon palvelua. Käyntikerhoja oli vuodessa keskimäärin kaksi (Rintanen 2007).

Tässä tutkimuksessa lasten vanhemmilta tiedusteltiin onko lapsi käynyt terveydenhoitajan, lääkärin, hammaslääkärin tai hammashoitajan vastaanotolla viimeisen vuoden aikana. Vanhemmilta tiedusteltiin erikseen terveystarkastuskäynnit ja käynnit sairauden tai oireiden vuoksi. Heiltä tiedusteltiin myös, onko lasta hoitanut tai kuntouttanut viimeisen vuoden aikana jokin eri alojen terveydenhuollon ammattilaisista. Tähän tarkasteluun poimittiin lasten lääkärikäynnit sairauden tai oireiden vuoksi, hammaslääkärikäynnit ja lastentautien erikoislääkärin vastaanotokäynnit.

Neuvolaikäisistä lapsista yli 70 % oli käynyt viimeisen vuoden aikana lääkärin vastaanotolla sairauden tai oireiden vuoksi (taulukko 4.2.5.1). Useimmilla lapsista käyntejä oli 1–2, mutta yli 10 % lapsista oli käynyt lääkärin vastaanotolla viisi kertaa tai enemmän. Kouluikäisillä lapsilla lääkärikäyntejä oli huomattavasti vähemmän. Noin 60 % oli käynyt lääkärin vastaanotolla. Lääkärikäynneissä ei havaittu eroja alueen tai äidin koulutuksen mukaan.

Taulukko 4.2.5.1. Lääkärin vastaanottokäyntien lukumäärä 12 viime kuukauden aikana sairauden tai oireiden vuoksi äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto, 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

	Alempi koulutus			Ylempi koulutus		
	Neuvola-ikäiset	Koulu-ikäiset	Yhteensä	Neuvola-ikäiset	Koulu-ikäiset	Yhteensä
Ei yhtään	27	42	34	26	42	34
1–2	43	43	43	40	42	41
3–4	18	11	15	19	11	15
5 tai enemmän	12	4	8	15	5	11
N	1 209	1 105	2 314	1 988	1 716	3 704
Puuttuvat	96	120	216	92	140	233

Hammaslääkärillä sairauden tai oireiden vuoksi oli viimeisen vuoden aikana käynyt neuvolaikäisistä lapsista alle 5 %, mutta kouluikäisistä lähes 30 % (taulukko 4.2.5.2). Hammaslääkärikäynneissä ei havaittu eroja alueiden välillä tai äidin koulutuksen mukaan.

Taulukko 4.2.5.2. Hammaslääkärin vastaanottokäynnit 12 viime kuukauden aikana, sairauden tai oireiden vuoksi, äidin koulutuksen mukaan (%). Vanhemman raportoima tieto, 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

	Alempi koulutus			Ylempi koulutus		
	Neuvola-ikäiset	Koulu-ikäiset	Yhteensä	Neuvola-ikäiset	Koulu-ikäiset	Yhteensä
Ei yhtään	95	71	84	97	73	86
1–2	5	19	12	3	19	10
3–4	0,4	5	3	0,2	4	2
5 tai enemmän	0,2	5	2	0,2	4	2
N	1 095	1 014	2 109	1 864	1 626	3 490
Puuttuvat	210	211	421	216	230	447

Perusterveydenhuollon käynneistä poiketen erikoislääkärikäynneissä havaittiin eroja äidin koulutuksen mukaan (taulukko 4.2.5.3). Esimerkiksi lastentautien erikoislääkärillä oli vähemmän opiskelleiden äitien neuvolaikäisistä lapsista käynyt hieman yli 20 % ja korkeammin koulutettujen äitien lapsista yli 30 %. Kouluikäisillä lapsilla ero ei ollut näin merkittävä, mutta kouluikäisistäkin lapsista korkeamman koulutustaustan äitien lapsilla oli enemmän lastentautien erikoislääkärikäyntejä. Alue-eroja ei erikoislääkärikäynneissä havaittu.

Taulukko 4.2.5.3. Ollut lastentautien erikoislääkärin arvioinnissa tai hoidossa 12 viime kuukauden aikana, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

	Alempi koulutus			Ylempi koulutus		
	Neuvola-ikäiset	Koulu-ikäiset	Yhteensä	Neuvola-ikäiset	Koulu-ikäiset	Yhteensä
Kyllä	22	11	17	33	17	26
N	1 272	1 203	2 475	2 056	1 828	3 884
Puuttuvat	33	22	55	24	28	53

Johtopäätökset

Vanhempien raportoimat lääkärikäynnit olivat hyvin samansuuntaisia vuoden 2005 avoterveydenhuollon tilastotietoihin verrattuna. Neuvolaikäisillä lapsilla käyntejä oli huomattavasti enemmän kuin kouluikäisillä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Aivan kuten vanhempien raportoimassa lasten sairastavuudessa (ks. luku 4.2.4), ei perusterveydenhuollon lääkärikäynneissä havaittu alue-eroja tai eroja äidin koulutuksen mukaan. Sen sijaan erikoislääkärikäyntejä oli huomattavasti enemmän korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Tämä todennäköisesti johtuu siitä, että korkeammin koulutettujen vanhempien lapsiperheissä käytetään enemmän yksityisiä lääkäripalveluja, jolloin palvelunantajana on useammin alan erikoislääkäri.

Lasten hammashuolto järjestetään edelleen pääasiallisesti kunnallisina palveluina ja lasten osuus näiden palvelujen asiakkaista onkin huomattavasti suurempi kuin heidän väestöosuutensa (Rintanen 2007). Hammaslääkärikäynneissä sairauden tai oireiden vuoksi ei havaittu merkittäviä eroja vaikka vähemmän opiskelleiden äitien lapsilla oli huomattavasti enemmän hammaskariesta ja paikattuja hampaita (ks. luku 4.6.2). Se, ettei eroa näy viimeisen vuoden aikana tehdyissä hammaslääkärikäynneissä sairauden tai oireiden vuoksi voi selittyä sillä, että erot hammassairastavuudessa eri koulutustaustaisten äitien lapsilla ovat syntyneet vähitellen vuosien mittaan. Toisaalta kuntien tarjoamissa hammashuollon palveluissa voi olla eroja siten, että karieksen diagnosointi ja hoito voi olla myös vanhempien aktiivisuudesta riippuvaista.

Lähteet

- Rintanen H. Lasten terveys. Kirjassa Tilastokeskus ja Stakes. Suomalainen lapsi 2007. Helsinki 2007.
- Takala P, Klaukka T, Rahkonen O. Lasten lääkäripalvelujen käyttö. Suomen Lääkärilehti 2002;42,4199–4202.

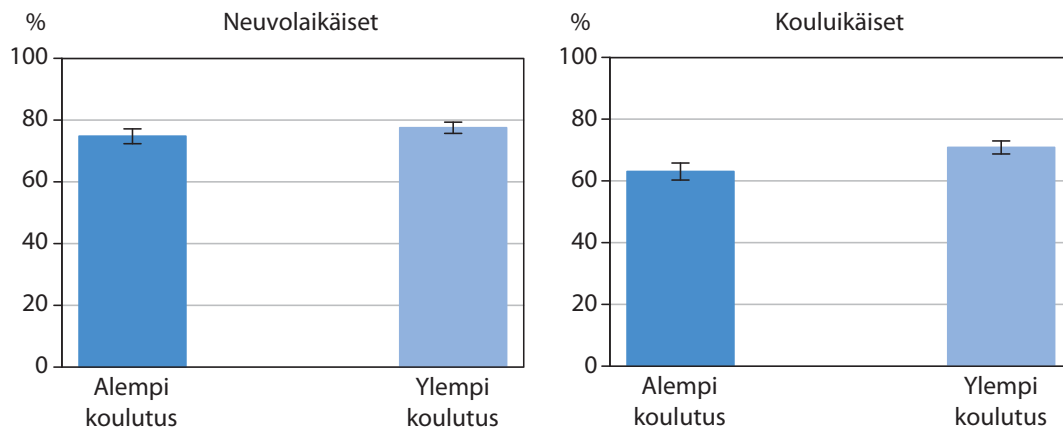
4.2.6 Koettu terveys

Päivi Mäki

Vanhempien arvio lapsen terveydentilasta

Huoltajat arvioivat lapsensa terveydentilaa viisiluokkaisen asteikon mukaan (erittäin hyvä, melko hyvä, kohtalainen, melko huono, huono). Arvio omasta terveydentilasta on laajasti käytetty yleisen terveydentilan mittari.

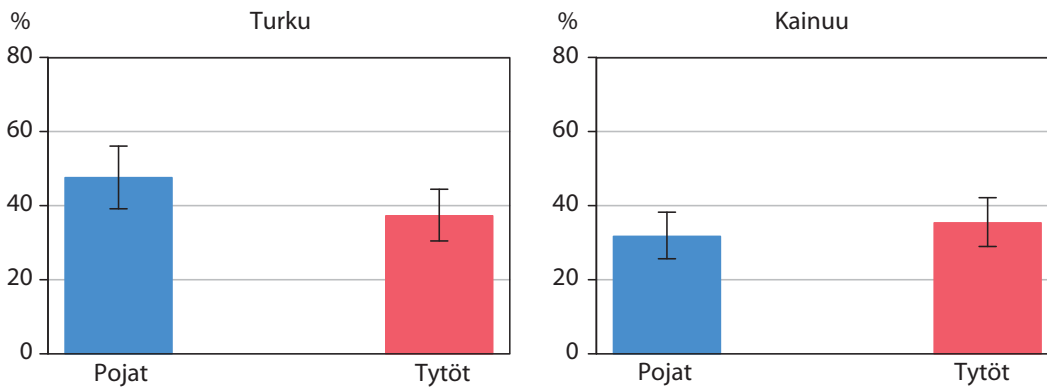
Suurin osa (noin 98–99 %) huoltajista arvioi lapsensa terveydentilan hyväksi tai erittäin hyväksi. Neuvolaikäisten lasten vanhemmista 77 % ja kouluikäisten lasten vanhemmista 68 % arvioi lapsensa terveydentilan erittäin hyväksi. Huoltajien arviota lapsen terveydentilasta tarkasteltiin myös äidin koulutuksen perusteella. Ylemmän koulutusryhmän äitien lasten terveydentila oli yleisemmin arvioitu erittäin hyväksi verrattuna vähemmän koulutettujen äitien lasten terveydentilaa koskevaan arvioon. Ero oli tilastollisesti merkitsevä kouluikäisten lasten kohdalla.



Kuvio 4.2.6.1. Lapsen terveydentila erittäin hyvä, lapsen ikäryhmän ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

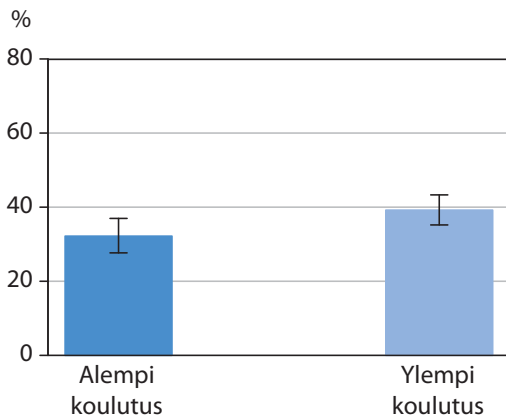
Koettu terveys kahdeksaluokkalaisten itse raportoimana

Huoltajan arvion lisäksi kahdeksaluokkalaisten pyydettiin arvioimaan omaa terveyttään saman viisiluokkaisen asteikon mukaan. Vaikka suurin osa nuorista (94 %) arvioi terveydentilansa hyväksi tai erittäin hyväksi, nuoret olivat arvioissaan kriittisempiä kuin huoltajansa. Erittäin hyväksi terveydentilansa arvioi noin kolmasosa nuorista (36 % pojista ja 37 % tytöistä). Tyttöjen ja poikien arvioissa ei ollut merkitsevää eroa kummallakaan alueella.



Kuvio 4.2.6.2. Terveystilansa erittäin hyväksi arvioineet sukupuolen mukaan Turussa ja Kainuussa (%). 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Turkulaisten ja kainuulaisten nuorten arvioissa omasta terveystilastaan oli havaittavissa eroja. Turkulaiset pojat arvioivat terveystilansa erittäin hyväksi hieman yleisemmin kuin Kainuun pojat. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Tyttöjen arvioissa omasta terveystilastaan ei ollut vastaavaa alue-eroa kuin pojilla. (Kuvio 4.2.6.2.)



Kuvio 4.2.6.3. Terveystilansa erittäin hyväksi arvioineet, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Enemmän koulutusta suorittaneiden äitien nuorista hieman suurempi osa kuin vähemmän opiskelleiden äitien nuorista arvioi terveystilansa erittäin hyväksi (kuvio 4.2.6.3).

Johtopäätökset

Suurin osa huoltajista arvioi lapsensa terveystilan hyväksi tai erittäin hyväksi. Kuitenkin kouluikäisten lasten terveystilan vanhemmat arvioivat erittäin hyväksi harvemmin kuin neuvolaikäisten vanhemmat. Enemmän opiskelleiden äitien perheissä arvio lapsen terveystilasta oli yleisemmin erittäin hyvä kuin vähem-

män koulutettujen äitien perheissä. Ero oli havaittavissa myös neuvolaikäisten lasten kohdalla, mutta erityisesti kouluikäisten lasten terveydentilan arvioissa oli eroa äidin koulutuksen mukaan.

Kahdeksaluokkalaisten nuorten oma arvio oli huoltajien arvioita kriittisempi, kun tarkastellaan terveydentilan erittäin hyväksi arvioineiden osuuksia. Huoltajista noin 60 % arvioi nuoren terveydentilan erittäin hyväksi, mutta vain hieman yli kolmannes nuorista. Nuorten arvion osalta tulos on samansuuntainen kuin Kouluterveyskyselyssä, jossa kolmasosa 8. ja 9. luokkalaisista arvioi terveydentilansa erittäin hyväksi (Kouluterveyskysely 2010). Kouluterveyskyselyssä pojat arvioivat terveydentilansa erittäin hyväksi yleisemmin kuin tytöt (8. lk 41 % vs. 26 %). Tässä tutkimuksessa ei havaittu koko aineistossa eroa sukupuolten välillä, vaan 36 % sekä pojista että tytöistä arvioi terveydentilansa erittäin hyväksi. Poikien arvioissa oli eroa Turun ja Kainuun välillä siten, että turkulaiset pojat arvioivat terveydentilansa erittäin hyväksi yleisemmin kuin kainuulaispojat. Tyttöjen arvioissa ei ollut merkittävää eroa Turun ja Kainuun välillä.

Huoltajien arvioissa lastensa terveydentilasta oli eroa äidin koulutuksen mukaan ja sama ero oli havaittavissa myös nuorten omassa arvioissa. Korkeammin koulutettujen äitien lapset arvioivat terveydentilansa yleisemmin erittäin hyväksi kuin vähemmän opiskelleiden äitien lapset. Pitkäaikaissairauksien, tulehdustautien tai säännöllisen lääkityksen yleisyydessä ei tämän tutkimuksen mukaan kuitenkaan ollut eroja äidin koulutuksen mukaan. Myöskään oireilun tai masennusoireilun yleisyydessä ei havaittu eroja eri koulutusryhmiin kuuluneiden äitien nuorilla. Ylipaino sen sijaan oli yleisempää vähemmän koulutettujen äitien nuorilla. Ylipainoisuudessa oli havaittavissa myös eroa alueiden välillä. Kainuussa lasten ja nuorten ylipaino oli yleisempää kuin Turussa, erityisesti pojilla. Kainuussa myös poikien arvio omasta terveydentilastaan oli huonompi kuin Turussa.

Myös terveystarkastuksessa tehdyn kokonaisarvion perusteella terveydenhoitajilla oli yleisemmin herännyt huolta (18 % vs. 14 %) vähemmän koulutettujen äitien kouluikäisten lasten fyysisestä terveydentilasta kuin pidempään opiskelleiden äitien nuorten terveydentilasta (kts. luku 4.8).

Terveydentilan arviointiin ei annettu nuorille tai huoltajille tarkempia ohjeita, vaan arvio on subjektiivinen kokemus omasta tai lapsen terveydentilasta. Arvioon vaikuttanevat useat asiat, kuten pitkäaikais- ja tulehdussairaudet, erilainen oireilu, lääkkeiden käyttö ja yli- tai alipaino. Jatkossa olisi tärkeää tutkia sitä, onko edellä mainituilla tekijöillä, päihteiden käytöllä tai säännöllisellä tupakoinnilla vaikutusta siihen, kuinka nuori arvioi omaa terveydentilaansa.

Lähteet

Kouluterveyskysely 2010. Saatavissa internetistä: www.thl.fi/kouluterveyskysely (viitattu 21.6.2011).

4.2.7 Oireet

Päivi Mäki

Kolmevuotiaiden ja sitä vanhempien lasten huoltajilta kysyttiin onko lapsella ollut oireita viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana. Oireista kysyttiin myös kahdeksaluokkalaisilta nuorilta itseltään. Kysymyksessä lueteltiin eri-ikäisille lapsille melko yleisiä sekä somaattisia että psyykkisiä oireita (mm. päänsärky, keskittymisvaikeudet, väsymys ja uupumus). Oireluettelo oli pääsääntöisesti sama kaikenikäisille lapsille, mutta osa oireista kysyttiin vain leikki-ikäisten ja osa vain kouluikäisten huoltajilta. Esimerkiksi lasten keskittymisvaikeuksista ja niskahartiasäryistä kysyttiin vain kouluikäisten huoltajilta ja kahdeksaluokkalaisilta itseltään. (Mäki ym. 2010.)

Aiemmin ilmestyneessä raportissa (Mäki ym. 2010) on raportoitu pilottitutkimuksen aineiston jakaumat kaikista oireista. Tässä raportissa tarkastellaan seuraavia oireita: päänsärky, keskittymisvaikeudet, väsymys ja uupumus sekä niskahartiasäryt. Tarkastelussa on mukana niiden lasten osuus, joilla oiretta esiintyi vähintään kerran viikossa tai useammin.

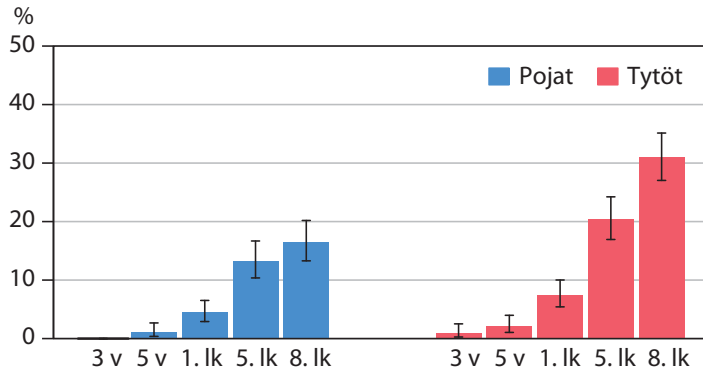
Päänsärky

Jo pienillä lapsilla esiintyy satunnaisesti päänsärkyä (Sillanpää ym. 1991). Toistuvista, vähintään kerran kuukaudessa ilmenevistä päänsäryistä kärsii noin 10 % koulunsa aloittavista suomalaislapsista. Migreeniä on arviolta noin 5 %:lla koulutulokkaista (Sillanpää 1983, Sillanpää ja Anttila 1996). Ikä on yhteydessä päänsäryn yleisyyteen; noin 30 % peruskoulun yläluokkalaisista kärsii viikoittaisista päänsäryistä. Kouluterveyskyselyn tulosten perusteella päänsärky on murrosiässä tytöillä yleisempää kuin pojilla (Luopa ym. 2010). Suurin osa toistuvista päänsäryistä, jotka eivät ole migreeniä, on jännityspäänsärkyä. Jännityspäänsäryn yleisyyttä ei tiedetä pienten koululaisten osalta, mutta 12-vuotiailla lapsilla se on yhtä yleistä kuin migreeni (Anttila ym. 2002).

Päänsäryn taustalla voi olla useita syitä. Lapsella voi esiintyä myös monentyypistä päänsärkyä, esimerkiksi migreeniä sairastavilla esiintyy usein myös jännityspäänsärkyjä. Päänsärkykohtauksen laukaisijana voi olla myös stressi tai muut psyykkiset ongelmat kuten masennus, koulupelot tai univaikeudet. Lievä ja satunnainen päänsärky on yleensä harmitonta, mutta toimintakykyä haittaava ja toistuva särky vaatii tutkimuksia päänsäryn syyn selvittämiseksi ja hoidon suunnittelemiseksi. Suomessa on Käypä hoito -suositus lasten päänsäryn diagnostiikasta ja hoidosta (Lasten päänsärky. Käypä hoito -suositus 2010).

Tässä tutkimuksessa lasten päänsärystä kysyttiin kolmevuotiaiden ja sitä vanhempien lasten huoltajilta sekä kahdeksaluokkalaisilta itseltään. Päänsärky oli lapsilla sitä yleisempää, mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys. Sukupuolten välillä

oli selkeä ero, erityisesti 5. ja 8. luokkalaisten tyttöjen ja poikien välillä; tytöillä päänsärky oli yleisempää kuin pojilla (kuvio 4.2.7.1). Kahdeksasluokkalaista tyttöistä 31 %:lla ja pojista 16 %:lla oli huoltajien arvion mukaan viikoittaista päänsärkyä. Ero sukupuolten välillä näkyi myös kahdeksasluokkalaisten omissa vastauksissa (tytöt 39 % vs. pojat 21 %). Alue-eroja tai eroja äidin koulutuksen mukaan ei lasten päänsärkyoireilussa havaittu.



Kuvio 4.2.7.1. Päänsärkyä kerran viikossa tai useammin kuuden viime kuukauden aikana, ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Keskittymisvaikeudet

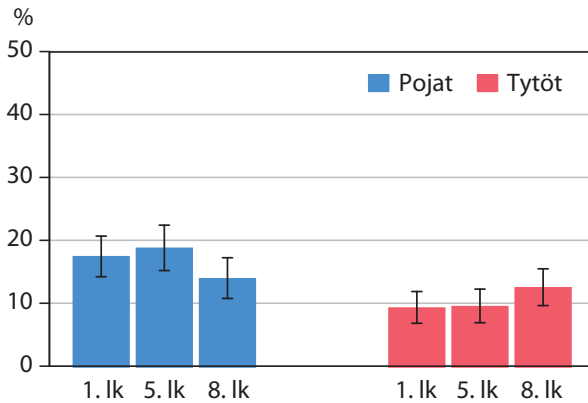
Keskittymättömyys on käsitteenä hyvin laaja. Arviolta noin 10–15 % lapsista kärsii keskittymisvaikeuksista ja arviolta 4–10 %:lla lapsista on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Kaikki keskittymisvaikeuksista kärsivät lapset eivät tarvitse diagnoosia, eivätkä he täytä ADHD:n kriteereitä (Vanhanen 2010, Skounti ym. 2007). Suomessa on Käypä hoito -suositus ADHD:n (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden) hoitoon lapsille ja nuorille.

Keskittymisvaikeudet aiheuttavat ongelmia viimeistään kouluiässä. Lapsen on vaikea keskittyä oppitunneilla opetettaviin asioihin ja paikallaan istuminen voi tuottaa vaikeuksia. Keskittymättömyys voi aiheuttaa alisuoriutumista ja syrjäytymistä, joten ongelman varhainen tunnistaminen on tärkeää, jotta vältettäisiin lapselle aiheutuvia pysyviä haittoja. (Vanhanen 2010.)

Ulkoisilla ärsykkeillä ja erilaisilla ympäristötekijöillä on suuri merkitys lapsen elämään. Lähes mikä tahansa psykososiaalinen stressi lapsen elämässä voi aiheuttaa keskittymisvaikeuksia ja levottomuutta. Keskittymisen ja tarkkaavuuden ongelmat, motorinen yliaktiivisuus ja impulsiivisuus voivat liittyä oireina moniin lasten psyykkisiin häiriöihin. Lisäksi riittämätön yöuni voi aiheuttaa keskittymisvaikeuksia (Paavonen ym. 2008). Univajeesta johtuvat seuraukset ovat yksilöllisiä. Osalla lapsista on väsymystä ja mielialaoireita, osalla kognitiivisen tason laskua tai tarkkaavaisuuden heikkenemistä (Van Dongen 2004).

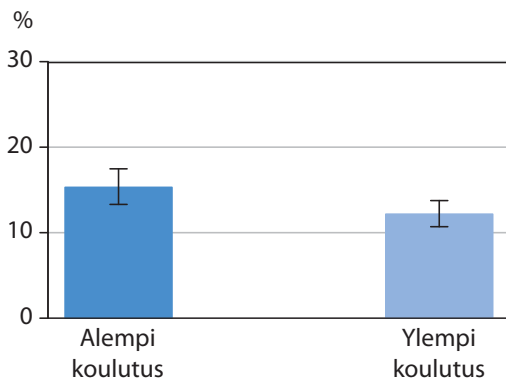
Tässä tutkimuksessa keskittymisvaikeuksista kysyttiin vain kouluikäisten lasten huoltajilta ja kahdeksasluokkalaisilta itseltään. Keskittymisvaikeudet olivat

pojilla yleisempiä kuin tytöillä. Kouluikäisistä pojista 17 %:lla ja tytöistä 10 %:lla oli huoltajan arvion mukaan keskittymisvaikeuksia vähintään kerran viikossa. Ero tyttöjen ja poikien välillä oli tilastollisesti merkitsevä 1. ja 5. luokalla (kuvio 4.2.7.2). Nuorten omien vastausten perusteella keskittymisvaikeudet olivat sekä tytöillä että pojilla lähes yhtä yleisiä (16 % vs. 15 %).



Kuvio 4.2.7.2. Keskittymisvaikeuksia kerran viikossa tai useammin kuuden viime kuukauden aikana, ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Vähemmän koulutettujen äitien lapsilla keskittymisvaikeudet olivat hieman yleisempiä kuin enemmän koulutettujen äitien lapsilla (kuvio 4.2.7.3). Kun keskittymisvaikeuksia tarkasteltiin nuorten omien vastausten perusteella, havaittiin, että ero äidin koulutuksen mukaan oli samansuuntainen kuin huoltajien vastauksissa. Alueiden välillä ei havaittu eroja.



Kuvio 4.2.7.3. Keskittymisvaikeuksia kerran viikossa tai useammin kuuden viime kuukauden aikana (kouluikäiset), äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

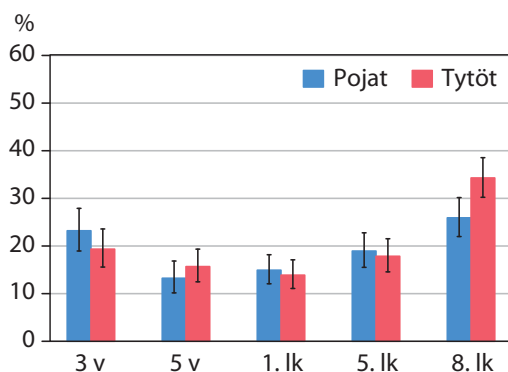
Väsymys ja uupumus

Riittävä uni ja lepo on lapselle tärkeää. Unen tarve on yksilöllinen, se lisääntyy murrosiässä ja vähenee iän myötä. Erilaiset olosuhteet ja monet tilapäiset stressitekijät voivat lisätä unen tarvetta, joten riittävän unen määrä ei ole vakio edes samalla

henkilöllä eri olosuhteissa. (Paavonen ym. 2008.) Väsymyksen taustalla on usein riittämätön yöuni. Lisäksi väsymys ja uupumus voivat olla oireita liiallisesta fyysisestä ja/tai psyykkisestä kuormituksesta. Jatkuva väsymys ja etenkin uupumus ovat yhteydessä myös masennusoireiluun ja masennukseen.

Univaje voi johtua joko liian lyhyestä, riittämättömästä unesta tai huonosta unen laadusta (Paavonen ym. 2008). On viitteitä siitä, että lasten yöuni on lyhentynyt ja siten unenpuute voi olla yleistymässä (Tynjälä ym. 2004, Luopa ym. 2010). Usein lasten ja nuorten univajeen taustalla ovat liian myöhäiset nukkumaanmenoajat suhteessa heräämisaikaan (päivähoidon tai koulun alkamisaikaan). Lisäksi erilaiset unihäiriöt, kuten nukahtamisen tai unessa pysymisen vaikeus, painajaisunet ja unissakävely, ovat yleisiä eri ikäryhmille ja ne voivat altistaa univajeelle. (Paavonen ym. 2008.)

Tämän tutkimuksen mukaan noin 18 %:lla neuvolaikäisistä ja 21 %:lla kouluikäisistä oli väsymystä ja uupumusta vähintään kerran viikossa. Yleisintä väsymys- ja uupumusoireilu oli huoltajien ja nuorten oman arvion mukaan kahdeksaluokkalaisilla (tytöistä 34 % ja pojista 27 %) (kuvio 4.2.7.4). Ero tyttöjen ja poikien välillä on tilastollisesti merkitsevä kahdeksaluokkalaisilla. Nuoret raportoivat itse saman sukupuolieron, mutta väsymysoireilu oli nuorten itsensä raportoimana yleisempää kuin mitä huoltajat olivat arvioineet. Äidin koulutuksen tai alueiden mukaan tarkasteltaessa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa lasten väsymysoireilun yleisyydessä.



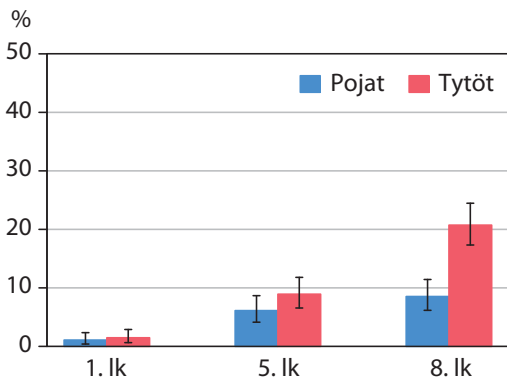
Kuvio 4.2.7.4. Väsymystä kerran viikossa tai useammin kuuden viime kuukauden aikana, ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Niskahartiasärky

Niskan ja hartioiden alueen kipu on yleinen vaiva, joka voi johtua fyysisestä kuormituksesta, työskentelyasunnoista tai liian vähäisistä tauoista. Niskakivun riskiä lisäävät myös psyykinen stressi, ikä ja ylipaino. Niskahartiakivut ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä. (Niskakipu. Käypä hoito -suositus 2010.)

Tutkimuksessa niskahartiasäryt olivat sitä yleisempiä, mitä vanhemmasta koululaisesta oli kysymys (kuvio 4.2.7.5). Huoltajien ja nuorten omien vastausten pe-

rusteella toistuvat niskahartiasäryt olivat tytöillä yleisempiä kuin pojilla. Ero tyttöjen ja poikien välillä oli kahdeksannen luokan oppilailta tilastollisesti merkitsevä. Alueiden välisiä eroja tai eroja äidin koulutuksen mukaan tarkasteltuna ei niskahartiaseudun kipuoireilussa havaittu.



Kuvio 4.2.7.5. Niskakipuja kerran viikossa tai useammin kuuden viime kuukauden aikana, ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Johtopäätökset

On tärkeää kysyä lapsen oireista ja selvittää niiden taustalla olevat syyt sekä määrittellä ja suunnitella tarvittavat jatkotoimenpiteet. Viikottainen päänsärky, väsymys ja uupumus olivat kouluikäisillä lapsilla, erityisesti tytöillä, melko yleisiä. Riittämätön yöuni on usein syynä päiväaikaan väsymykseen, ja univaje voi aiheuttaa myös keskittymisvaikeuksia. Lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa on hyvä keskustella lapsen nukkumaanmenoajoista, yöunen määrästä ja laadusta. On tärkeää muistuttaa lapsia ja vanhempia riittävän yöunen merkityksestä ja korostaa aikuisen vastuuta lasten nukkumaanmenoajojen kontrolloinnissa ja siten riittävän yöunen varmistamisessa.

Niskahartiavaivat olivat melko yleisiä 5. ja 8. luokkalaisilla tytöillä. Liikunta, terveet elintavat ja ergonomiset työskentelytavat ehkäisevät niska- ja hartiakipuja. Näihin vaikuttavat monelta osin koulu, koti ja muu kehitysympäristö, ei yksin nuori omilla valinnoillaan. Nuoret viettävät paljon aikaansa viihdemedian parissa ja ruudun ääressä (ks. luku 4.6.1). Kouluikäisten fyysisen aktiivisuuden suosituksen mukaan yli kahden tunnin pituisia istumisjaksoja tulisi välttää (OPM ja Nuori Suomi 2008).

Lähteet

- ADHD:n (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön) hoito lapsilla ja nuorilla (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen Yhdistys Ry:n ja Suomen Lastenpsykiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007 (viitattu 4.4.2011). Saatavilla internetistä www.kaypahoito.fi.
- Anttila P, Metsähonkala L, Aromaa M, Sourander A, Salminen J, Helenius H, Alanen P, Sillanpää M. Determinants of tension-type headache in children. *Cephalalgia* 2002;22,401–8.
- Lasten päänsärky (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenneurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010 (viitattu 4.4.2011). Saatavilla internetistä www.kaypahoito.fi.
- Luopa P, Lommi A, Kinnunen T, Jokela J. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 20/2010. Helsinki 2010.
- Niskakipu (online). Käypä hoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2009 (viitattu 4.4.2011). Saatavilla internetistä www.kaypahoito.fi.
- Opetusministeriö Nuori Suomi ry. Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7–18-vuotiaille. Helsinki 2008.
- Paavonen E J, Stenberg T, Nieminen-von Wendt T, von Wendt L, Almqvist F, Aronen ET. Aiheuttaako lasten univaje psyykkisiä oireita? *Suomen Lääkärilehti* 2008; 63(15),1393–1398.
- Sillanpää M, Piekkala P, Kero P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. *Cephalalgia* 1991;11,239–42.
- Sillanpää M. Changes in the prevalence of migraine and other headaches during the first seven school years. *Headache* 1983;23,15–9.
- Sillanpää M, Anttila P. Increasing prevalence of headache in 7-year-old school-children. *Headache* 1996;36,466–70.
- Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr* 2007;166,117–23.
- Tynjälä J, Kannas L. Koululaisten nukkumistottumukset, unen laatu ja väsyneisyys vuosina 1984–2002. Kirjassa Kannas L toim. Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän yliopisto, Terveyden edistämisen tutkimuskeskus. Jyväskylä 2004,141–78.
- Van Dongen HPA, Baynard MD, Maislin G, Dinges DF. Systematic interindividual differences in neurobehavioral impairment from sleep loss: Evidence of trait-like vulnerability. *Sleep* 2004;27,423–33.
- Vanhanen S-L. Keskittymättömän lapsen ja nuoren hoito – Kokemuksia palveluketjun toimivuudesta. *Suomen Lääkärilehti* 2010;65(24),2199–2204.

4.3 Lasten tapaturmat, turvalaitteiden käyttö ja riittävä uimataito

Jaana Markkula ja Kari Haikonen

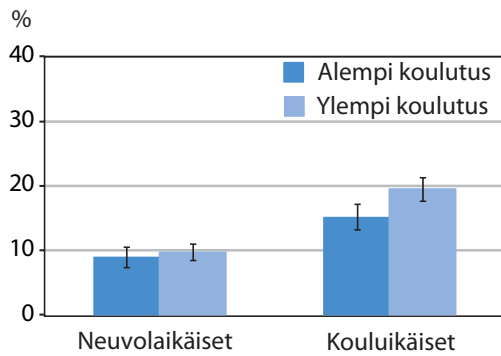
Tapaturmat aiheuttavat Suomessa edelleen merkittävän määrän terveyden menetyksiä lapsille, vaikka esimerkiksi tapaturmaiset kuolemat ovat 1970-luvulta vähentyneet merkittävästi. Viimeisen viiden vuoden (2005–2009) aikana tapaturmissa on vuosittain keskimäärin kuollut vajaat 30 alle 15-vuotiasta ja noin 6 400 samanikäistä on hoidettu sairaalassa tapaturman vuoksi. Toimivia keinoja tapaturmien ehkäisyyn on olemassa. Näitä ovat esimerkiksi tieliikenteessä käytettävät turvalaitteet, ja myös uimataidon on todettu parantavan vesiturvallisuutta.

Aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu tapaturmakuolleisuudessa ja ilmaantuvuudessa eroja sosioekonomisten ryhmien ja alueiden vaurauden mukaan. Pääsääntöisesti alemmasta sosiaaliryhmästä ja vähemmän vauraammilta alueilta tulevat ovat alttiimpia tapaturmaisille kuolemille kuin muut. Tämä pätee etenkin tieliikenneonnettomuuksiin, myrkytyksiin, palovammoihin sekä koti- ja työtapaturmiin. Sen sijaan vähemmän vakavista tapaturmista tulokset eivät ole yhtä yhdenmukaisia, vaikkakin useissa tutkimuksissa on osoitettu yhteys sosioekonomisiin tekijöihin. (Laflamme ym. 2009.) Myös vauraudeltaan erilaisten maiden välillä on todettu olevan eroja tapaturmien suhteen (Sethi ym. 2008). Tutkimuksissa tarkastelun kohteena olevat tapaturmatyypit ja sattumistilanteet sekä käytetyt aineistot ja sosioekonomisen aseman määritelmät vaihtelevat, mikä vaikeuttaa niiden vertailua (Laflamme ym. 2009).

Suomessa aikuisväestön osalta tapaturmakuolleisuudessa on havaittu eroja sosioekonomisten ryhmien välillä (Murto ym. 2009, Kaikkonen ym. 2008), mutta lievemmistä tapaturmista ei ole tehty vastaavaa tutkimusta. Mattilan (2005) mukaan sosioekonomisista tekijöistä 12–18-vuotiailla suomalaisnuorilla vain perherakenne, eli asuminen ei-ydinperheessä ja maantieteellinen alue selittivät itse ilmoitettuja tapaturmia. Turvalaitteiden käyttöä tai riittävää uimataitoa ei ole Suomessa sosioekonomisesta näkökulmasta tutkittu.

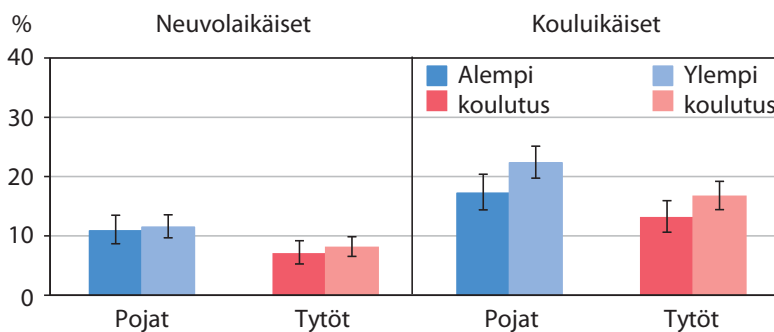
Tapaturmat

Eri-ikäisten huoltajilta kysyttiin, onko heidän lapsensa viimeisen 12 kk:n aikana joutunut terveydenhuollon ammattihenkilön neuvontaa tai hoitoa vaatineeseen tapaturmaan. Vähintäänkin yhden tällaisen tapaturman raportoi noin joka kymmenes neuvolaikäisen ja lähes joka viides (18 %) kouluikäisen huoltaja. Verrattaessa tapaturmien yleisyyttä äidin koulutustaustaan havaittiin, että korkeammin koulutettujen äitien kouluikäisillä lapsilla tapaturmia raportoitiin useammin. Korkeammin koulutettujen äitien kouluikäisistä lapsista joka viidennelle oli sattunut vuoden aikana tapaturma, kun alemmasta koulutustaustasta tulevien äitien lapsista 15 % oli joutunut tapaturmaan (kuviokuva 4.3.1). Ero on tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$). Sen sijaan neuvolaikäisillä lapsilla ei ollut eroa äidin koulutustaustan mukaan.



Kuvio 4.3.1. Joutunut terveydenhuollon kontaktia vaatineeseen tapaturmaan ikäryhmän ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Ero koulutustaustan mukaan oli nähtävissä kouluikässä sekä pojilla ($p=0,015$) että tytöillä ($p=0,052$) (kuvio 4.3.2). Yleisesti ottaen niin neuvola- kuin kouluikässä pojille sattui hieman tyttöjä useammin tapaturmia (neuvola: pojat 11 % vs. tytöt 8 %; koulu: 20 % vs. 15 %) ($p < 0,05$).



Kuvio 4.3.2. Joutunut terveydenhuollon kontaktia vaatineeseen tapaturmaan ikäryhmän, sukupuolen ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

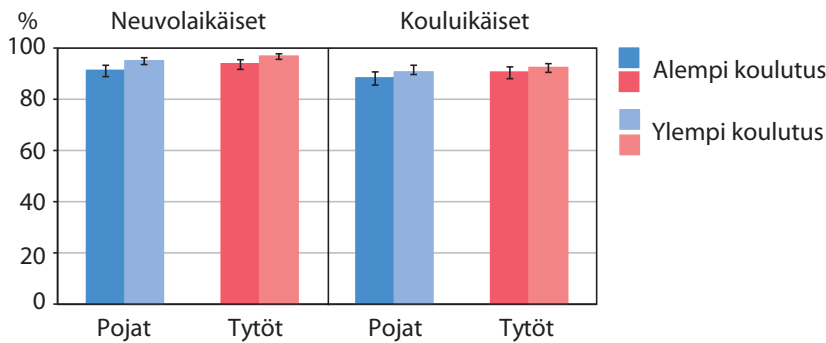
Edellä kuvattu ero kouluikäisillä äidin koulutustaustan mukaan oli nähtävissä sekä Turussa että Kainuussa. Sen sijaan Turun ja Kainuun välillä tapaturmaan joutumisessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Turvallitteiden käyttö

Lasten huoltajilta tiedusteltiin heidän lastensa liikenneturvallisuuteen liittyen erilaisten turvalaitteiden, kuten eri-ikäisille suositeltujen ja lain määräämien turvaistuinten ja turvavyön, pyöräilykypärän ja heijastimen käytöstä. Muiden kuin 8. luokkalaisten osalta huoltajat vastasivat kysymyksiin lasten puolesta.

Yleisesti ottaen turvalaitteiden käyttö autossa oli lapsilla aktiivista. Neuvolaikäisistä 95 % ja kouluikäisistä 91 % käytti aina autossa matkustaessaan iän mukaista turvalaitetta tai -vyötä, mikä tarkoitti 0,5–1-vuotiaille selkä menosuuntaan

asennettua turvaistuinta, 3–5-vuotiaille turvaistuinta ja kouluikäisillä turvavyötä. Tarkemmassa ikäryhmittäisessä tarkastelussa käyttöaste oli muita pienempi 1-vuotiaille (85 %) ja 8. luokan oppilailla (78 %). Korkeammin koulutettujen äitien lapsilla turvalaitetta aina autossa matkustaessaan käyttävien osuus oli hieman suurempi kuin vähemmän opiskelleiden äitien lapsilla (94 % vs. 91 %). Ero koulutustaustan mukaan on tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$) kouluikäisiä tyttöjä lukuun ottamatta. (Kuvio 4.3.3.)

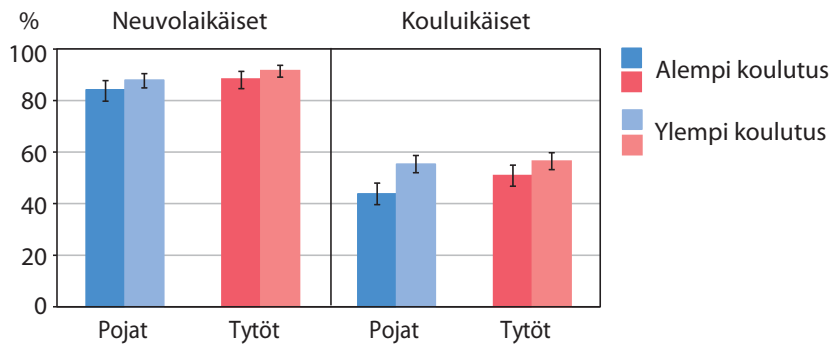


Kuvio 4.3.3. Käyttää turvalaitetta tai -vyötä aina autossa matkustaessaan ikäryhmän, sukupuolen ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman ja 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Turun ja Kainuun välillä oli iän mukaisten auton turvalaitteiden käytössä tilastollisesti merkitsevä ero vain kouluikäisillä ($p < 0,05$). Turkulaiskoululaiset käyttivät yleisemmin turvavyötä autossa matkustaessaan kuin kainuulaiskoululaiset (94 % vs. 88 %).

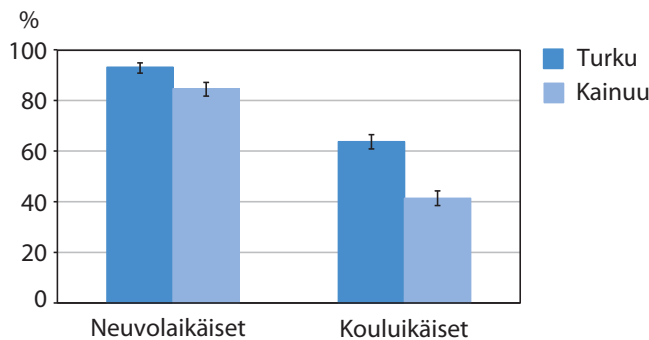
Heijastinta aina pimeällä liikkueessaan käytti neuvolaikäisistä 82 % ja kouluikäisistä 44 %. Heijastimen käytössä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kummallakaan ikäryhmällä sukupuolen eikä äidin koulutustaustan mukaan. Myöskään Turun ja Kainuun välillä ei ollut eroa heijastimen käyttöaktiivisuudessa.

Pyöräilyn turvallisuutta selvitettiin kysymällä 0,5–1-vuotiaiden vanhemmilta käyttävätkö heidän lapsensa pyörän kyydissä kypärää ja tätä vanhempien lasten vanhemmilta ja 8. luokkalaisilta itseltään pyöräilykypärän käyttöä pyöräillessä. Neuvolaikäisistä 89 % ja kouluikäisistä 52 % käytti aina pyörän kyydissä (0,5–1-v) tai pyöräillessään pyöräilykypärää. Osuus pieneni iän myötä: esimerkiksi 1. luokan oppilaista 78 %, 5. luokan oppilaista 57 % ja 8. luokan oppilaista enää joka kymmenes (11 %) ilmoitti aina pyöräillessään käyttävänsä pyöräilykypärää. Äidin koulutustausta oli kouluikäisillä tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä pyöräilykypärän käyttämiseen sekä tytöillä että pojilla ($p < 0,05$). Pyöräilykypärää aina pyöräillessään käyttävien osuus oli suurempi niillä lapsilla, joiden äidin koulutustausta oli korkeampi (56 % vs. 47 %). Neuvolaikäisillä ero äidin koulutustaustan mukaan ei ollut tilastollisesti merkitsevä, vaikkakin samansuuntainen (90 % vs. 86 %, $p = 0,1$). (Kuvio 4.3.4.)



Kuvio 4.3.4. Käyttää pyöräilykypärää aina pyöräillessään ikäryhmän, sukupuolen ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman ja 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Tarkasteltaessa äidin koulutustaustan mukaisia eroja alueittain Turussa ja Kainuussa oli äidin koulutus tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä lasten pyöräilykypärän käyttöön vain turkulaiskoululaisilla. Sen sijaan alueiden välillä pyöräilykypärän käytössä oli eroa sekä neuvola- että kouluikäisillä; Turussa lapsilla (neuvola 93 %, koulu 63 %) oli pyöräillessään yleisemmin pyöräilykypärä aina päässään kuin Kainuussa (neuvola 85 %, koulu 41 %). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$). (Kuvio 4.3.5.)

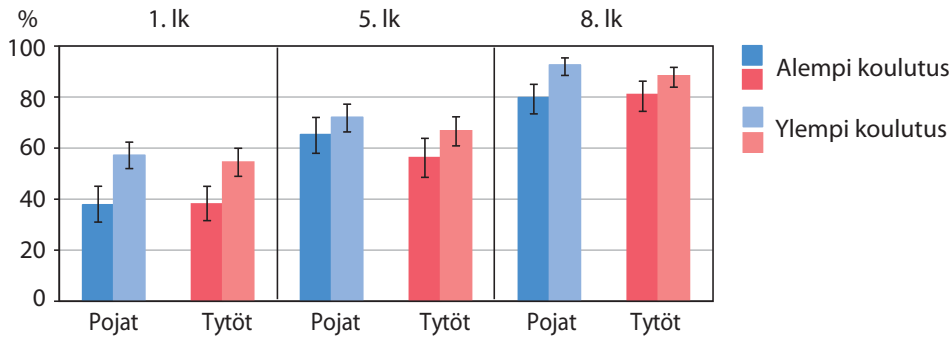


Kuvio 4.3.5. Käyttää pyöräillessään aina pyöräilykypärää lapsen ikäryhmän mukaan Kainuussa ja Turussa (%). Vanhemman ja 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Uimataito

Kouluikäisten huoltajilta ja 8. luokan oppilailta itseltään tiedusteltiin uimataitoa ja jaksettua uintimatkaa metreissä. Kullekin luokka-asteelle määriteltiin Suomen Uimaopetus- ja Hengenpelastusliiton toimesta kyseiselle luokalle riittäväksi katsottu uintimatka metreissä, joka 1. luokalla oli 10 metriä, 5. luokalla 100 metriä ja 8. luokalla 200 metriä. Riittävän uimataidon saavutti 49 % 1. luokan oppilaista, 66 % 5. luokan oppilaista ja 86 % 8. luokan oppilaista. Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa uimataidossa kuin 5. luokalla ($p < 0,05$). Kyseisen ikäluokan pojista hieman tyttöjä useampi jaksoi uida riittävän matkan.

Äidin koulutustausta oli yhteydessä lapsen uimataitoon. Korkeammin koulutettujen äitien lapset jaksoivat uida luokka-asteelleen riittäväksi katsotun matkan yleisemmin kuin vähemmän koulutusta suorittaneiden äitien lapset (70 % vs. 59 %). Ero äidin koulutustaustan mukaan oli nähtävissä molemmilla sukupuolilla kaikilla luokka-asteilla samansuuntaisena, joskaan 5. luokan pojilla ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$). (Kuvio 4.3.6.)



Kuvio 4.3.6. Luokka-asteelle riittävä uimataito ikäryhmän, sukupuolen ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman ja 8. luokkalaisten itse raportoima tieto.

Turun ja Kainuun välillä oli koululaisten uimataidoissa tilastollisesti merkitsevät erot 1. luokalla molemmilla sukupuolilla ja 5. luokan pojilla ($p < 0,05$): turkulaiskoululaiset osasivat kainuulaisia yleisemmin uida luokka-asteelle riittäväksi katsotun matkan. Suurimmillaan ero oli 1. luokan oppilailla (62 % vs. 34 %). 8. luokalla eroja alueiden välillä ei enää ollut nähtävissä. Äidin korkeampi koulutus oli yhteydessä riittävään uimataitoon kummallakin alueella likimain yhtä voimakkaasti. Ainoastaan Kainuun 5. luokan oppilailla ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, vaikkakin samansuuntainen.

Johtopäätökset

Tapaturmaan joutumisessa ero äidin koulutustaustan mukaan oli kouluikäisillä merkitsevä, mutta ei kovin suuri (noin 5 prosenttiyksikköä suurimmillaan). Tapaturmat olivat yleisempiä korkeamman koulutustaustan äitien kouluikäisillä lapsilla. Neuvolaiässä eroa koulutustaustan mukaan ei ollut. Tämä on ennakkokäsityksen vastainen tulos esimerkiksi moneen muuhun terveysongelmaan ja vakavista tapaturmista saatuun aiempaan tietoon verrattuna. Eron taustalla vaikuttavista syistä ei tämän tutkimuksen perusteella saatu selvyyttä. Lisää tutkimusta näiden asioiden selvittämiseksi tarvitaan koulutustaustan erojen taustalla vaikuttavista mekanismeista, jotka saattavat vaihdella mm. uhrin iän ja sukupuolen, tapaturman syyn ja sattumispaikan mukaan.

Aineiston perusteella ei voida pois sulkea sitä, ettei ero koulutustaustan mukaan johtuisi eri koulutustaustaisten äitien erilaisesta herkkyydestä raportoida

tapaturmia tai saada tapaturmia tietoonsa lapsiltaan etenkin, jos on kyse lieväs-
tä tapauksesta. Myös hoitoon hakeutumisessa voi olla eroja äidin koulutustaustan
mukaan. Eri koulutustaustan äitien lapset saattavat olla myös eri tavalla aktiivi-
sia, esimerkiksi pitempään opiskelleiden äitien lapset voivat harrastaa yleisemmin
liikuntalajeja, joissa tapaturmariski on suurempi. Myös mahdollisuudet osallistua
liikuntaharrastuksiin voivat poiketa sosioekonomisen taustan mukaan. Liikunta-
tapaturmien osalta vastaavia tuloksia onkin saatu aiemmissa tutkimuksissa, eli ne
ovat olleet yleisempiä nuorilla, joilla on korkeampi sosioekonominen tausta (ks.
esim. Simpson ym. 2005).

Lasten turvalaitteiden käyttö oli etenkin kouluikäisillä liian vähäistä – niitä
aina käyttävien osuudet pääsääntöisesti pienenevät iän karttuessa. Kouluikäisistä
riittävän uimataidon saavuttaneiden lasten osuus kasvaa luokka-asteelta toiselle.
Koulujen uimaopetuksesta ja uimataidosta tehdyssä tutkimuksessa 6.-luokkalaisis-
ta 72 % ilmoitti osaavansa uida (Rajala ja Kankaanpää 2012), mikä vastaa hyvin täs-
sä tutkimuksessa saatuja tuloksia. Turvalaitteiden käytön ja riittävän uimataidon
yhteys äidin koulutustaustaan oli odotetun suuntainen; molemmat olivat pääosin
yleisempiä korkeamman koulutustaustan äitien lapsilla. Myös alueiden välillä oli
havaittavissa eroja auton turvalaitteiden ja pyöräilykypärän käyttöaktiivisuudessa
sekä 1. luokan ja osin 5. luokan oppilaiden uimataidossa. Aiemmin on todettu, että
niissä kunnissa, joissa kouluissa järjestetään uimaopetusta ja joissa on uimahalli, 6.
-luokkalaisten uimataito on parempi kuin kunnissa, joissa näistä ei ole huolehdittu
(Rajala ja Kankaanpää 2012).

Korkeamman koulutuksen saaneiden äitien lapsilla voi olla taloudellisesti pa-
remmat edellytykset hankkia turvalaitteita tai järjestää koulun ulkopuolista uima-
opetusta lapsilleen. He saattavat myös olla paremmin tietoisia uimataidon ja pyöräi-
lykypärän käytön tärkeydestä haluttaessa ehkäistä tapaturmia ja niistä aiheutuvia
vammoja. Toimiviksi todettujen turvalaitteiden käyttö ja riittävä uimataito ovat
hyviä ja helppoja keinoja ehkäistä tapaturmista aiheutuvia terveyden menetyksiä.
Turvalaitteiden käyttöaktiivisuuteen ja riittävän uimataidon hankkimiseen vai-
kuttaa toki yksilön oma motivaatio ja tietämys, mutta myös yhteiskunta voi tukea
niiden hankkimista ja käyttöä.

Aiemmissa tutkimuksissa (Laflamme ym. 2009) on todettu muun muassa hin-
nan, saatavuuden, ohjeistusten luettavuuden ja vaikutusmahdollisuuksien liittyvän
turvallisuutta tukevien käytäntöjen omaksumiseen. Vastaavasti tulisi huomioida,
että eri väestöryhmät saattavat altistua eri tavoin tapaturmariskeille. Erilaiseen al-
tistumiseen voidaan vaikuttaa ympäristön muutoksilla ja kuluttajaturvallisuudella.
Tämä tarkoittaa tapaturmavaarojen eristämistä, poistamista tai niiden seurausten
minimoimista, eli esimerkiksi liikenneympäristöön tehtäviä muutoksia, kuten ke-
vyen liikenteen väyliä, hidasteita ja nopeusrajoituksia tai turvallisten leikki- ja liik-
kumisympäristöjen tarjoamista (ml. ylläpito).

Lähteet

- Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. Socioeconomic differences in injury risks. A review of findings and a discussion of potential countermeasures. World Health Organisation, Karolinska Institutet 2009.
- Kaikkonen R, Kostiainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R, Koskinen S. toim. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B27/2008. Helsinki 2008.
- Mattila V. Injuries and Their Risk Factors in Finnish Adolescents. Acta Universitatis Tamperensis 1085. Tampere 2005.
- Murto J, Kaikkonen R, Kostiainen E, Martelin T, Koskinen S, Linnanmäki E. Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 31/2009. Helsinki 2009.
- Rajala K, Kankaanpää A. Kuudesluokkalaisten ja aikuisten uimataito Suomessa vuonna 2011. Suomen Uimaopetus- ja Hengenpelastusliitto ja Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES 2012.
- Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2008.
- Simpson K, Janssen I, Craig WM, Pickett W. Multilevel analysis of associations between socioeconomic status and injury among Canadian adolescents. J Epidemiol Community Health 2005;59,1072–1077.

4.4 Rokotuskattavuus

Ulpu Elonsalo ja Jukka Ollgren

Tässä tutkimuksessa kerättiin rokotustietoja 1990- ja 2000-luvulla syntyneistä lapsista ja nuorista. Saatujen tietojen avulla pyrittiin saamaan kuvaa siitä, miten kansallista rokotusohjelmaa on toteutettu sen muutosvaiheissa, eri aikoina. Tutkimuksen pilottivaiheessa ohjeena oli kerätä yksivuotiaiden ja kouluikäisten lasten rokotustiedot. Turun ja Kainuun erillisotoksissa rokotustiedot ohjeistettiin lähettämään kaikista ikäryhmistä. Analyysivaiheeseen päästiin eri tekijöiden takia hyvin myöhään, eikä kaikkia haluttuja tarkistuksia voitu tehdä ennen raportin kirjoittamista.

Valituista ikäryhmistä puoli- ja yksivuotiaat lapset sekä osa kolmevuotiaista saivat rokotuksia vuonna 2005 voimaan tulleen uuden rokotusohjelman mukaisesti. Osa kolmevuotiaista, kaikki viisivuotiaat ja ensimmäisellä luokalla olleet lapset kuuluivat ns. siirtymävaiheen suositusten mukaisesti rokotettaviin. Näiden 2000-luvun alussa syntyneiden rokotukset oli aloitettu vanhalla ohjelmalla ja niitä täydennettiin erillisen ohjeistuksen mukaisesti lasten siirtyessä uuteen rokotusohjelmaan. Haasteellisen siirtymävaiheen yksilöllisen ohjeistuksen tarkoituksena oli taata lapsille samanlainen perussuoja riippumatta siitä, missä vaiheessa rokotusohjelmaa he olivat rokotteiden ja rokotusaikataulujen muuttuessa vuoden 2005 alussa. Viides- ja kahdeksaluokkalaiset eli 1990-luvulla syntyneet nuoret kuuluivat kokonaan vanhan rokotusohjelman piiriin.

Tutkimuksessa tarkasteltiin lasten rokottamista kurkkumätää, hinkuyskää, jäykkäkouristusta, poliota, tuhkarokkoa, sikotautia ja vihurirokkoa sekä vakavia Hib-tauteja, kuten aivokalvontulehdusta, kurkunkannentulehdusta ja verenmyrkytystä vastaan. Ohjelman tai siitä poikkeavan virallisen suosituksen mukaan rokotetuiksi laskettiin myös lapset, jotka olivat osallistuneet rokotetutkimuksiin ja saaneet rokotusohjelmaa vastaavat rokotteet sekä ne ulkomailta tulleet lapset, joiden rokotuksia oli täydennetty ohjeiden mukaisesti. Tutkimus ei perustu satunnaisotantaan. On mahdollista, että perheitä, joilta esimerkiksi neuvolakäyntejä jää tekemättä, on enemmän tutkimukseen osallistumattomien joukossa. Tämä voi johtaa liian korkeisiin rokotuskattavuuslukuihin.

BCG-rokotuskattavuutta ei arvioitu, koska rokotustieto ei aina siirry synnytys-sairaalasta neuvolaan. Lisäksi suositus lasten suojaamisesta tuberkuloosia vastaan muuttui vuonna 2006 siten, että BCG-rokotetta suositeltiin enää vain riskiryhmiin kuuluville lapsille. Rokotusohjelmassa käytetyt rokotteet ja keskeiset muutokset, jotka koskevat tutkimukseen osallistuneita ikäryhmiä, on esitetty taulukossa 4.4.1. Vuonna 2005 voimaan tullessa rokotusohjelmassa rokotteiden pistosmäärä kahden ensimmäisen elinvuoden aikana väheni merkittävästi, koska käyttöön otettiin yhdistelmärokote ns. viitosrokote.

Taulukko 4.4.1. Rokotusohjelman keskeiset muutokset ja käytetyt rokotteet, jotka koskevat tutkimukseen osallistuneita ikäryhmiä.

Ikä	Ennen vuotta 2005 Rokote / rokotteet	Vuodesta 2005 lähtien ¹ Rokote
0 kk	BCG	BCG ²
3 kk	DTwP eli kolmoisrokote	DTaP-IPV-Hib eli viitosrokote
4 kk	DTwP ja Hib	
5 kk	DTwP	DTaP-IPV-Hib
6 kk	IPV ja Hib	
12 kk	IPV	DTaP-IPV-Hib
14–18 kk	MPR ja Hib	MPR
20–24 kk	DTwP ja IPV	
6–35 kk		Kausi-influenssarokote ³
4 v		DTaP-IPV eli nelosrokote
6 v	MPR ja IPV sekä dtap ⁴	MPR
11–13 v	dT ⁵	
14–15 v		dtap

¹ Rotavirus ja pneumokokkrokote (PCV) on lisätty ohjelmaan myöhemmin vuosina 2009 ja 2010 siten, että ne eivät koske tutkimukseen osallistuneita.

² 9/2006 lähtien vain riskiryhmiin kuuluville.

³ Vuodesta 2007 lähtien 6–35 kuukauden ikäisille vuosittain.

⁴ Vuonna 2003 lisättiin dtap, jolloin ohjattiin, että IPV:n voi antaa myös 6–7 v iässä.

⁵ Vain, jos ei ole saanut 6-vuotiaana dtap-rokotetta. Jos on saanut dtap:n, niin sitten dT-tehoste 14–15 v. Käytännössä vuodesta 2005 lähtien rokotukset on toteutettu dtap-rokotteella.

Rokotelyhenteet: BCG = tuberkuloosi-, D/d = kurkkumätä-, T/t = jäykkäkouristus-, wP/aP/ap= hinkuyskä-, Hib = Haemophilus influenzae tyyppi b-, IPV = polio-, MPR = tuhkarokko-, sikotauti- ja vihurirokrokote

Suomessa pikkulasten rokotuskattavuus on perinteisesti ollut erinomainen (www.thl.fi/rokottaminen > Rokotuskattavuus). Terveystieteiden tutkimuskeskus (aiemmin Kansanterveyslaitos) on seurannut pikkulasten rokotuskattavuutta 1 000 lapsen satunnaisotantaan perustuvalla parin vuoden välein tehtävällä tutkimuksella, jossa selvitetään kaksi vuotta täyttäneiden lasten rokotusohjelman toteutumista. LATE-tutkimuksessa kerättiin myös tätä vanhempien lasten rokotustietoja. Ensimmäistä kertaa saatiin tietoa toisen MPR-rokoteannoksen ja teini-iässä annettavan dT-tehosteen kattavuudesta.

Kansallisen rokotusohjelman rokotteet ovat saajalleen maksuttomia. Rotavirusrokote ei tämän tutkimuksen aikana kuulunut vielä pikkulasten rokotusohjelmaan. Mikäli perhe halusi suojata vastasyntyntä rotavirustaudilta, se joutui kustantamaan noin 150 euroa maksaneen rokotesarjan itse. Vuosina 2007 ja 2008 syntyneiden erillisotoksiin kuuluneiden lasten osalta tarkasteltiin rokotuskattavuuden lisäksi tiettyjen tekijöiden vaikutusta rotavirusrokotesarjan ottamiseen. Nämä muuttujat olivat asuinalue, vanhempien koulutus ja perheen oma kokemus käytävissä olevien tulojen riittävydestä menoihin nähden.

Kausi-influenssarokote lisättiin syksyllä 2007 lasten kansalliseen rokotusohjelmaan. Erillisotoksiin osallistuneiden 6–35 kuukauden ikäisten lasten kausi-influenssarokotuksia tarkasteltiin edellä mainittujen tekijöiden suhteen.

Pilottivaihe analysoitiin erikseen

Pilottivaiheessa rokotustietoja ei kerätty kaikilta tutkimukseen osallistuvilta. Rokotuskattavuudet laskettiin vain niistä lapsista ja nuorista, joista saatiin rokotustiedot (891). Näistä 221 oli uuden rokotusohjelman mukaisesti rokotettavia pikkulapsia, joista valtaosa (214) oli noin yhden vuoden ikäisiä. Vanhan rokotusohjelman mukaan rokotettavia koululaisia ja ns. siirtymävaiheen suositusten mukaisesti rokotettuja 6–7-vuotiaita oli yhteensä 653. Lisäksi rokotusten seurantalomake (ROS-lehti) tai sitä vastaava sähköisen potilastietojärjestelmän tuloste saatiin hajanaisesti joiltakin nuoremmilta siirtymävaiheen ohjeiden mukaan rokotettavilta (17).

Pilottivaiheen osallistujissa, joilta saatiin rokotustiedot, ei ollut yhtään täysin rokottamatonta. Yhdellä koululaisella oli ROS-lehdessä merkintä siitä, että perhe haluaa lapselle vain jäykkäkouristusrokotteet. Tämä nuori oli kirjausten perusteella todennäköisesti kotoisin muualta kuin Suomesta.

Koska tutkimuksessa tietojen keruu tapahtui juuri yksivuotistarkastuksen yhteydessä, jouduttiin noin 10 %:lta myöhemmin tarkistamaan viitosrokotteen kolmannen annoksen saanti. Osa lapsista oli tutkimukseen tullessaan vähän alle yksivuotiaita, ja pienellä osalla rokotusta oli siirretty esimerkiksi infektion takia. Loppujen lopuksi vain yhdeltä yksivuotiaalta jäi puuttumaan kolmas viitosrokoteannos, mutta tämäkin lapsi oli myöhemmin saanut korvikkeeksi nelosrokotteen. Kaikkiaan uuden rokotusohjelman mukaisesti rokotettavista 99,5 % (220/221) oli saanut iänmukaiset viitosrokoteannokset.

Siirtymävaiheen suositusten tai vanhan rokotusohjelman mukaisesti rokoteituista yli 95 % (639/670) oli saanut suositetut DTP-, IPV- ja Hib-rokotukset kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja vakavia Hib-tauteja vastaan. Puutteellisesti rokotettujen 31 lapsen ja nuoren ROS-lehdet katsottiin yksityiskohtaisesti, ja heistä seitsemältätoista puuttui vain yksi tai kaksi rokoteannosta. Osa puutteellisuuksista selittyi sillä, että lapsi oli tullut maasta, jonka rokotusohjelma eroaa Suomen rokotusohjelmasta. Yhdestätoista lapsesta saatiin hyvin vajaat tiedot joko sen takia, että neuvolavaiheen rokotustietoja ei ollut käytettävissä (7) tai siksi että lapsi oli kotoisin ulkomailta (4).

Kaikilla nuoremmilla siirtymävaiheen lapsilla (17) oli merkintä ohjelman mukaisesta ensimmäisestä tuhkarokko-, sikotauti- ja vihurirokko- eli MPR-rokoteannoksesta. MPR-rokotuksissa tai niiden kirjauksissa oli puutteita yhteensä kuudellatoista 6–7-vuotiaalla ja sitä vanhemmalla kouluikäisellä. Heistä viisitoista oli kuitenkin saanut vähintään yhden MPR-rokotteen. Osa lapsista oli kotoisin ulkomailta (3), ja osasta ei saatu neuvolavaiheen rokotustietoja (7). Yhdeltä näytti jääneen väliin 14–18 kuukauden iässä annettavat rokotteet, neljältä puuttui kuusivuotiaana annettavat rokotteet ja yksi oli saanut vain jäykkäkouristusrokotteita.

Kaikista MPR-rokotusikäisistä 99,9 % (669/670) oli saanut vähintään yhden MPR-rokotteen. 6–7-vuotiaista ja sitä vanhemmista koululaisista lähes 98 %:lla (637/653) oli rokotustiedoissa merkintä kahdesta MPR-rokoteannoksesta.

Pilottivaiheeseen osallistuneista 14–15-vuotiaista 98,5 % (201/204) oli saanut 11–13 vuoden iässä annettavan dT-tehosteen kurkkumätää ja jäykkäkouristusta vastaan.

Suosituksen mukaisten rokotusten toteutuminen erillisotoksissa

Tutkimuksen rokotustiedonkeruussa oli ongelmia, minkä takia neuvolavaiheen rokotustiedot puuttuivat 96 lapselta ja nuorelta joko kokonaan tai osittain. Lisäksi rokotustietoja ei saatu lainkaan 21:ltä Turun ja Kainuun erillisotoksiin osallistuneelta. Nämä lapset ja nuoret eivät todennäköisesti eroa niistä, joilta on saatu tiedot koko rokotushistoriasta, koska tietojen jääminen vajaaksi liittyi joko tietoteknisiin ongelmiin tai siihen, miten ohjeistus rokotustietojen lähettämisestä oli ymmärretty. Kaikkiaan tieto koko rokotushistoriasta jäi vajaaksi noin 2,4 %:lla (117/4 968) tutkimukseen osallistuvista.

Ikäryhmittäin esitettävissä taulukoissa kattavuudet esitetään sekä huomioiden että huomioimatta nämä systemaattiset puutokset rokotushistorian tiedoissa. Kattavuudet nousevat, jos ne lasketaan vain lapsista, joista on saatu koko rokotushistoria. Koska virallisten rokotuskattavuustutkimusten mukaan yli yhdeksän lasta kymmenestä on yleensä saanut varhaisvaiheen rokotukset, on rokotuskattavuus todennäköisemmin kuitenkin lähempänä ns. korjattua arvoa kuin korjaamatonta.

Koska koko rokotushistorian tietojen saanti jäi erityisesti Turun alueella nimenomaan kouluikäisillä vajaaksi, on näiden ryhmien tulosten alueellisten erojen tulokinnassa oltava varovainen. Tarkasteltaessa lapsia ja nuoria, joiden rokotushistoria on kokonaisuudessaan tiedossa, erot Kainuun ja Turun välillä ovat hyvin pienet.

Tiedonkeruuseen liittyvistä ongelmista huolimatta tutkimus antaa kokonaisuudessaan viitteitä siitä, miten kansallinen rokotusohjelma on toteutunut eri aikoina.

Valtaosa erillisotosten 4 968 lapsesta ja nuoresta oli saanut rokotusohjelman mukaiset tässä tutkimuksessa tarkastellut rokoteannokset. Niiltä vajaasti rokotetuilta, joilta saatiin koko rokotushistorian tiedot, puuttui yleensä yksittäisiä tai muutamia rokoteannoksia. Hyvin vähän oli lapsia, joilla oli merkittäviä puutteita rokotuksissa. Erillisotoksiin osui vain yksi rokotuksista täysin kieltäytyvä kainuulainen perhe. Kahdella turkulaisella kouluikäisellä oli hyvin vajaat merkinnät rokotuksista, mutta ROS-lehdissä ei ollut lisätietoja, jotka olisivat selventäneet syytä. Lisäksi sekä Kainuussa että Turussa oli yksi nuori, jolle oli annettu vain kurkkumätä-, jäykkäkouristus- ja poliorokotteita normaali-ikää vanhempana.

Taulukko 4.4.2. Lapset, jotka ovat saaneet uuden rokotusohjelman suosituksen mukaiset viitosrokoteannokset kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja vakavia Hib-tauteja vastaan.

Alue	Ikäryhmä	Syntyneet vuosina	Lapsia yht.	Rokotushistoria tiedot vajaat ¹	Rokotettu ohjeen mukaan	Kattavuus %	Korjattu kattavuus %	Kattavuus % yhteensä	Korjattu kattavuus % yhteensä
Kainuu	6 kk	2006–2008	322	0	312	97	97	98	98
Turku			451	6	442	98	99		
Kainuu	1 v	2006–2007	245	2	239	98	98	98	99
Turku			257	1	255	99	100		
Kainuu	3 v	2005	78	0	78	100	100	99	99
Turku			200	1	196	98	98		
Kainuu ja Turku	Kaikki ikäryhmät	2005–2008	1 553	10	1 522			98 (97,99)	99 (98,99)

¹ Lapset, joilta ei saatu rokotusten seurantalehteä tai varhaisvaiheen rokotustietoja.

Korjatut kattavuudet on laskettu huomioimalla vain ne lapset, joilta on saatu ROS-lehti.

Taulukon luottavuuden takia luotamusväli on merkitty vain "Kattavuus yhteensä" -sarakeisiin.

Kainuussa 97 % ja Turussa 98 % puolenvuoden ikäisistä oli saanut kaksi viitosrokoteannosta. Kainuussa yleisin syy toisen rokoteannoksen puuttumiseen oli ensimmäisen tai toisen rokoteannoksen siirtyminen esimerkiksi infektion takia. Turussa kuudesta lapsesta ei saatu rokotustietoja lainkaan. Yhteensä molemmat alueet huomioiden 98 % tämän ikäryhmän lapsista oli saanut ohjelman mukaiset viitosrokoteannokset.

Yksivuotiaista kainuulaislapsista noin 98 % ja turkulaislapsista noin 99 % on saanut uuden rokotusohjelman mukaiset annokset viitosrokotetta. Puuttuvan rokotuksen syynä oli yleensä sairaus tai muu syy, jonka takia rokotusta oli siirretty. Yhteensä molemmat alueet huomioiden kattavuus oli yli 98 % ja korjattuna 99 %.

Osa kolmevuotiaista kuului uuden rokotusohjelman mukaan rokotettaviin. Kainuussa 100 % ja Turussa 98 % näistä lapsista oli saanut kolme annosta viitosrokotetta. Yhteensä laskettuna kattavuus on 99 %. Turussa puutteellisesti rokotetuista kaksi oli rokotettu osittain ulkomailla, ja yhden rokotetutkimukseen osallistuneen rokotustiedot jäivät epäselviksi.

Yksi- ja kolmevuotiaiden rokotuskattavuus 99 % vastaa ikäluokista 2005 ja 2007 tehtyjen satunnaisotokseen perustuvien virallisten rokotuskattavuustutkimusten tuloksia (www.thl.fi/rokottaminen > Rokotuskattavuus).

Taulukko 4.4.3. Lapset, jotka ovat saaneet siirtymävaiheen ohjeiden mukaiset DTP-, IPV- ja Hib-rokoteannokset kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja vakavia Hib-tauteja vastaan.

Alue	Ikäryhmä	Syntyneet vuosina	Lapsia yht.	Rokotushistoria tiedot vajaan ¹	Rokotettu ohjeen mukaan	Kattavuus %	Korjattu kattavuus %	Kattavuus % yhteensä	Korjattu kattavuus % yhteensä
Kainuu	3 v	2004	207	2	195	94	95	95	96
Turku			76	1	74	97	99	(93,98)	(94,98)
Kainuu	5 v	2002–2003	363	11	331	91	94	92	95
Turku			323	8	303	94	96	(90,94)	(93,94)
Kainuu	1. lk	2000–2001	400	1	369	92	92	90	92
Turku			492	18	436	89	92	(88,92)	(90,94)
Kainuu ja Turku	Kaikki ikäryhmät	2001–2004	1 861	41	1 708			92 (91,93)	94 (93,95)

¹ Lapset, joilta ei saatu rokotusten seurantalehteä tai varhaisvaiheen rokotustietoja.

Korjatut kattavuudet on laskettu huomioimalla vain ne lapset, joilta on saatu tiedot koko rokotushistoriasta. Taulukon luettavuuden takia 95 %:n luottamusväli on merkitty vain "Kattavuus yhteensä" -sarakkeisiin.

94 % kainuulaisista ja 97 % turkulaisista kolmevuotiaista oli saanut suositetut DTP-, IPV- ja Hib-rokoteannokset. Eroa selittää osaltaan se, että lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet turkulaiset olivat syntyneet loppuvuodesta 2004, jolloin heidät rokotettiin kokonaan suoraan uuden ohjelman mukaisilla viitosrokoteannoksilla. Yhdellä puutteellisesti rokotetulla ei ollut merkintää kolmannelta viitosrokoteannoksesta. Kainuussa vain viidesosa kolmevuotiaista oli syntynyt vuoden 2004 lopussa. Heistä yhdelläkään ei ollut puutteita viitosrokotuksissa. Puutteellisesti rokotetuiksi laskettiin 12 lasta, joilla rokotuksia toteutettiin yksilöllisen siirtymävaiheen ohjeen mukaisesti. Tavanomaisimmin rokotetuilta puuttui vain yksi poliiorokoteannos. Kahdella lapsella siirtymävaiheen rokotuksia oli annettu ohjeiden mukaisesti, mutta varhaisvaiheen rokotustietoja ei saatu.

Viisivuotiailta lapsilta puuttui tavanomaisimmin 14–18 kuukauden tai kahden vuoden iässä annettavat rokotteet tai vanhan rokotusohjelman aikaisia muita yksittäisiä DTP-, IPV- tai Hib-rokotteita. Osalle ei ollut annettu täydentäviä rokotuksia ja osalla lapsista rokotuksia oli aikanaan täydennetty nelosrokotteella, vaikka ohjeen mukaan olisi pitänyt käyttää viitosrokotetta. Kainuulaisista 91 % ja turkulaisista 94 % oli saanut ohjelman mukaiset DTP-, IPV- ja Hib-rokoteannokset. Neuvolarokotusten alkuvaiheen tiedot puuttuivat kymmeneltä kainuulaiselta ja kahdeksalta turkulaiselta. Lisäksi yhdeltä kainuulaislapselta ei saatu ROS-lehteä. Korjatut kattavuudet ovat Kainuussa 94 % ja Turussa 96 %. Molemmat alueet huomioiden yhteensä 95 % lapsista oli rokotettu ohjeiden mukaisesti.

Ensimmäisellä luokalla olevilla lapsilla oli vastaavia puutteita vanhan rokotusohjelman aikaisissa rokotuksissa kuin edellisellä ikäryhmällä. Sen lisäksi osalta puuttui kuuden vuoden iässä annettava nelosrokote. Vanhan rokotusohjelman mukaiset DTP-, IPV- ja Hib-rokotukset sekä siirtymävaiheen nelosrokotteen oli saanut 92 % kainuulaisista ja 89 % turkulaisista. Kattavuus tasoittuu molemmilla alueilla 92 %:iin, mikäli katsotaan korjattu kattavuusarvoja.

Taulukko 4.4.4. Nuoret, jotka ovat saaneet vanhan rokotusohjelman ohjeiden mukaiset DTP-, IPV- ja Hib-rokoteannokset kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja vakavia Hib-tauteja vastaan.

Alue	Ikäryhmä	Syntyneet vuosina	Nuoria yht.	Rokotushistoria tiedot vajaat ¹	Rokotettu ohjeen mukaan	Kattavuus %	Korjattu Kattavuus %	Kattavuus % yhteensä	Korjattu kattavuus % yhteensä
Kainuu	5. lk	1995–1997	413	1	399	97	97	91 (88,93)	97 (95,98)
Turku			356	47	297	83	96		
Kainuu	8./9. lk	1991–1994	444	4	420	95	95	94 (92,95)	96 (94,97)
Turku			341	14	314	92	96		
Kainuu ja Turku	Kaikki ikäryhmät	1991–1997	1 554	66	1 430			92 (91,93)	96 (95,97)

¹ Nuoret, joilta ei saatu rokotusten seurantalehteä tai varhaisvaiheen rokotustietoja.

Korjatut kattavuudet on laskettu huomioimalla vain ne nuoret, joilta on saatu tiedot koko rokotushistoriasta. Taulukon luettavuuden takia 95 %:n luottamusväli on merkitty vain "Kattavuus yhteensä" -sarakkeisiin.

Kokonaan vanhan rokotusohjelman mukaisesti rokotetuilla 5.- ja 8./9.-luokkalaisilla oli puutteita yleensä yksittäisissä varhaisvaiheen DTP-, IPV- tai Hib-rokoteannoksissa tai kuusivuotiaana annettavassa poliorokotteessa. Osa puutteellisesti rokotetuista oli kotoisin maista, joissa rokotusohjelma poikkeaa Suomen ohjelmasta. Vanhimmassa ikäryhmässä oli myös sellaisia, joille oli eri syistä aikanaan annettu DT-rokote/rokotteita DTP-rokotteiden sijasta. Turussa oli runsaasti nuoria, joilta ei saatu tietoa koko rokotushistoriasta. Tämä vaikeuttaa alueiden vertaamista toisiinsa suoraan. Mikäli jälleen katsotaan vain nuoria, joiden koko rokotushistoria on käytettävissä, vanhemmista koululaisista kaikkiaan 96 % oli saanut suosituksen mukaiset rokoteannokset.

Siirtymävaiheen toteuttamisessa näyttäisi tämän tutkimuksen perusteella olleen eniten hankaluuksia. Erityisesti silloin, kun lapselta puuttui useita rokoteannoksia, ei niiden täydentäminen aina onnistunut. Kaikkiaan sekä siirtymävaiheen että vanhan rokotusohjelman mukaan rokotetuista lapsista ja nuorista noin 4–8 %:lla oli vajaa rokotussuoja. Valtaosalla heistä puuttui kuitenkin vain yksittäisiä tai muutamia rokotteita.

MPR-rokotukset ja dT-tehosteet toteutuivat erinomaisesti erillisotoksien lapsilla ja nuorilla

Kaikista kolmivuotiaista ja sitä vanhemmista 99 % (3651/3676) oli saanut vähintään yhden annoksen MPR-rokotetta tuhkarokkoa, sikotautia ja vihurirokkoa vastaan.

Kolme- ja viisivuotiaista 98 % (1223/1247) oli saanut ohjelman mukaisen ensimmäisen MPR-rokoteannoksen. Yhteensä 24:ltä lapselta puuttui merkintä MPR-rokotuksesta. Näistä kolmelta puuttui ROS-lehti kokonaan ja kahdelta varhaisvaiheen rokotustiedot. Viidellä lapsella näyttivät 14–18 kuukauden iässä annettavat rokotukset (Hib ja MPR) jääneen antamatta. Yksi lapsi oli saanut osan rokotuksista ulkomailla, jolloin vahvistettu tieto MPR-rokotuksesta puuttui. Sekä Kainuussa

että Turussa oli yksi perhe, joka kieltäytyi MPR-rokotteesta, kahdessa kainuulaisperheessä MPR-rokotteet haluttiin vasta myöhemmin ja yksi perhe kieltäytyi kokonaan rokotteista. Kahdeksalla ei ollut merkintää syystä, miksi rokotus puuttui.

Kouluikäisistä yli 99 % (2428/2446) oli saanut vähintään yhden MPR-rokoteannoksen. Kouluikäisistä tarkasteltiin myös kahden MPR-rokoteannoksen toteutumista (taulukko 4.4.5). Arviointia haittaa jälleen se, että monelta turkulaiskoululaiselta puuttuivat varhaisvaiheen rokotustiedot.

Taulukko 4.4.5. Lapset ja nuoret, jotka ovat saaneet kaksi MPR-rokoteannosta tuhkarokkoa, sikotautia ja vihurirokkoa vastaan.

Alue	Ikäryhmä	Syntyneet vuosina	Lapsia ja nuoria yht.	Rokotushistoria tiedot vajaat ¹	2 MPR annosta	Kattavuus %	Korjattu Kattavuus %	Kattavuus % yhteensä	Korjattu kattavuus % yhteensä
Kainuu	1. lk	2000–2001	400	1	384	96	96	94	96
Turku			492	18	452	92	95	(92,95)	(94,97)
Kainuu	5. lk	1995–1996	413	1	409	99	99	93	99
Turku			356	47	303	85	98	(91,94)	(98,100)
Kainuu	8./9. lk	1991–1994	444	4	426	96	97	95	98
Turku			341	14	322	94	98	(94,97)	(96,99)
Kainuu ja Turku	Kaikki ikäryhmät	1991–1996 2000–2001	2 446	85	2 296			94 (93,95)	97 (97,98)

¹ Lapset ja nuoret, joilta ei saatu rokotusten seurantalehteä tai varhaisvaiheen rokotustietoja.

Korjatut kattavuudet on laskettu huomioimalla vain ne lapset ja nuoret, joilta on saatu tiedot koko rokotushistoriasta. Taulukon luettavuuden takia 95 %:n luottamusväli on merkitty vain "Kattavuus yhteensä" -sarakeisiin.

Vain kahdeksaltatoista koululaiselta eli 0,7 %:lta puuttui merkintä rokotusohjelman mukaisista molemmista MPR-rokoteannoksista. Yhdeksältä ei saatu ROS-lehteä ja kolmelta saatiin vain dtap-tehostetieto. Kahdella turkulaisella kouluikäisellä oli hyvin puutteelliset rokotustiedot ilman, että syytä olisi merkitty ROS-lehteen ja yhdeltä puuttuivat pelkästään MPR-rokotteet. Syytä ei mainittu. Lisäksi yhdellä nuorella oli merkintä, että MPR-rokotetta ei haluta. Molemmilla alueilla oli myös yksi nuori, joka oli saanut vain DT- ja poliorokotuksia normaali-ikää vanhempana.

Myös dT-tehosterokotukset kurkkumätää ja jäykkäkouristusta vastaan toteutuivat erinomaisesti. Kainuussa 98 % (435/444) ja Turussa yli 97 % (332/341) kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista oli saanut teini-iässä annettavan dT-tehosteen. Molemmat alueet huomioiden 98 % nuorista oli saanut tämän rokotteen. Mikäli huomioidaan nuoret, joilta ei ole saatu rokotustietoja lainkaan, kattavuus on yli 98 %.

Rotavirusrokotesarjan ottamiseen yhteydessä olevia tekijöitä

Kainuun ja Turun erillisotoksista pystyttiin arvioimaan tekijöitä, jotka vaikuttivat vuosina 2007 ja 2008 syntyneiden lasten rotavirusrokotuksiin. Rotavirusrokote ei kuulunut pikkulasten kansalliseen rokotusohjelmaan vielä tämän tutkimuksen aikana. Mikäli perhe halusi suojata vastasyntyntä rotavirustaudilta, se joutui kustantamaan suojan itse. Alle kuuden kuukauden iässä annettavan rokotussarjan hinta oli vuosina 2007–2008 noin 150 euroa. Koska rotavirusrokote oli suhteellisen kallis, oletettiin, että erityisesti perheen käytettävissä olevat tulot voisivat vaikuttaa rokotesarjan ottamiseen. Taulukossa 4.4.6 nähdään rotavirusrokotuksen todennäköisyyden olevan suurempi silloin, kun perhe kokee, että menojen kattaminen tuloilla on helppoa.

Taulukko 4.4.6. Rotavirusrokotussarjan saaneiden lasten osuus Kainuun ja Turun erillisotoksissa.

Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla on	Syntymävuosi 2007								
	Kainuu			Turku			Kainuu ja Turku		
	Saanut rotavirusrokotesarjan	Lapsia kaikkiaan		Saanut rotavirusrokotesarjan	Lapsia kaikkiaan		Saanut rotavirusrokotesarjan	Lapsia kaikkiaan	
Erittäin hankalaa	0	0,0 %	11	2	10,5 %	19	2	6,7 %	30
Hankalaa	2	11,1 %	18	4	12,5 %	32	6	12,0 %	50
Melko hankalaa	10	23,3 %	43	9	9,8 %	92	19	14,1 %	135
Melko helppoa	40	34,5 %	116	48	22,7 %	211	88	26,9 %	327
Helppoa	16	23,2 %	69	25	23,6 %	106	41	23,4 %	175
Hyvin helppoa	6	35,3 %	17	12	26,7 %	45	18	29,0 %	62
Yhteensä	74	27,0 %	274	100	19,8 %	505	174	22,3 %	779
Syntymävuosi 2008									
Erittäin hankalaa	0	0,0 %	0	1	20,0 %	5	1	20,0 %	5
Hankalaa	1	100,0 %	1	3	30,0 %	10	4	36,4 %	11
Melko hankalaa	2	100,0 %	2	2	14,3 %	14	4	25,0 %	16
Melko helppoa	4	100,0 %	4	15	27,8 %	54	19	32,8 %	58
Helppoa	1	100,0 %	1	10	40,0 %	25	11	42,3 %	26
Hyvin helppoa	0	0,0 %	0	3	42,9 %	7	3	42,9 %	7
Yhteensä	8	100,0 %	8	34	29,6 %	115	42	34,1 %	123

Turussa tutkimukseen osallistuneista vuonna 2007 syntyneistä lapsista 20 % sai rotavirusrokotesarjan, Kainuussa syntyneistä vastaavasti 27 %. Vuonna 2008 Turussa kattavuus oli 30 % ja Kainuussa jopa 100 %. Rokotuskattavuuksien vertailussa ongelmana on, että vuonna 2008 Kainuussa tutkimukseen tuli mukaan enää kahdeksan rotavirusrokotusikäistä lasta. Lisäksi Kainuussa oli päätetty tarjota rotavirusrokote maksutta kaikille vuonna 2008 syntyneille. Tietoisuus rotavirusrokotteesta oli siksi todennäköisesti parempi Kainuussa kuin Turussa.

Erilaisten tekijöiden vaikutusta rotavirusrokotussarjan ottamiseen haluttiin tutkia tarkemmin monimuuttujaregressiomallilla. Malliin otettiin mukaan Turussa vuosina 2007 ja 2008 sekä Kainuussa vuonna 2007 syntyneet tutkimukseen osallistuneet lapset. Muuttujiksi valittiin syntymävuoden lisäksi alue, vanhempien koulutus ja perheen oma kokemus käytettävissä olevien tulojen riittävyydestä menoihin. Koska isän koulutus ei näyttänyt liittyvän rokotussarjan ottamiseen ($p = 0,275$), malliin otettiin lopuksi mukaan vain äidin koulutustaso.

Äidin korkea koulutus lisäsi tilastollisesti merkitsevästi lapsen rokotustodennäköisyyttä verrattuna enintään ammatillisen koulutuksen saaneen äidin lapseen, kun muut tekijät oli vakioitu. Äidin koulutus näytti vaikuttavan rokotustodennäköisyyteen voimakkaammin Turussa kuin Kainuussa.

Perheen kokemus siitä, kuinka hankalaa tai helppoa on kattaa menot käytettävissä olevilla tuloilla, oli myös tärkeä rokotustodennäköisyyteen vaikuttava tekijä. Todennäköisyys, että lapsi sai rotavirusrokotesarjan, kasvoi sitä suuremmaksi, mitä helpommin perhe koki tulojen kattavan menot ($p = 0,009$). Tulojen riittävyyden vaikutus rokotesarjan ottamiseen näytti olevan samanlainen sekä Turussa että Kainuussa, kun muut tekijät on vakioitu.

Turussa niissä korkeammin koulutettujen äitien perheissä, joissa koettiin tulojen kattavan hyvin helposti kotitalouden menot, lapsella oli lähes yhdeksänkertainen todennäköisyys saada rotavirusrokotesarja verrattuna niihin enintään ammatillisen koulutuksen saaneiden äitien perheisiin, joissa koettiin erittäin hankalaksi kattaa menot tuloilla.

Kausi-influenssarokotukseen yhteydessä olevia tekijöitä

Kausi-influenssarokote lisättiin syksyllä 2007 lasten kansalliseen rokotusohjelmaan. Turun ja Kainuun erillisotoksista tarkasteltiin 6–35 kuukauden ikäisten tutkimukseen osallistuneiden lasten kausi-influenssarokotuksia edellä kuvatun kaltaisella monimuuttujamallilla. Turussa influenssarokotussuosituksen piiriin kuuluvia lapsia oli 493 ja Kainuussa 518.

Perheen kokemuksella tulojen riittävyydestä ei havaittu olevan vaikutusta maksuttoman rokotteen ottamiseen kummallakaan alueella. Kausi-influenssarokotuksen ottaminen ei myöskään liittynyt vanhempien koulutukseen. Näistä muuttujista vain lapsen asuinalue näytti kytkeytyvän hänen todennäköisyyteensä saada influenssarokote. Turussa 35 % ja Kainuussa 17 % lapsista oli saanut vähintään yhden kausi-influenssarokoteannoksen. Ero on tilastollisesti merkitsevä. On kuitenkin huomioitava, että Kainuun kattavuusprosentti jäi tässä aineistossa paljon alhaisemmaksi kuin se kattavuusluku, joka on aiemmin saatu Kainuun maakunnan normaalista kausi-influenssarokotusten kattavuusseurannasta. Turussa pikkulasten rokotuskattavuus vastaa suurin piirtein kaudella 2007–2008 kuntien THL:ään ilmoittamia kausi-influenssarokotustietoja (www.thl.fi/rokottaminen > Kausi-influenssarokotukset).

Johtopäätökset

Valtaosa tutkimukseen osallistuneista oli saanut kaikki rokotusohjelman mukaiset tutkimuksessa tarkastellut rokoteannokset. Suomen ainutlaatuinen neuvola- ja kouluterveydenhuoltojärjestelmä sekä saajalleen maksuttomat rokotusohjelman rokotteet mahdollistavat sen, että kaikille lapsille ja nuorille pystytään tarjoamaan suojaa useita eri tauteja vastaan tasapuolisesti. Tutkimus osoitti myös, että jos perheet joutuvat maksamaan rokotukset itse, nämä eivät kohdennu tasa-arvoisesti kaikille. Tämän vuoksi on tärkeää, että tarpeellisiksi arvioidut rokotteet kuuluvat rokotusohjelmaan.

Vuonna 2005 siirryttiin uuteen lasten ja nuorten rokotusohjelmaan, joka toteutui koko LATE-tutkimukseen kuuluvilla pikkulapsilla erinomaisesti. Noin 99 % oli saanut suosituksen mukaiset yhdistelmärokoteannokset kurkkumätää, hinkuyskää, jäykkäkouristusta, vakavia Hib-tauteja ja poliota vastaan. Vanhassa rokotusohjelmassa pistosten lukumäärä oli paljon suurempi ja kahden vuoden ikään mennessä pikkulapset saivat rokotuksia lähes joka neuvolakäynnillä. Mikäli rokotus siirtyi esimerkiksi sairauden tai unohtumisen takia, se saattoi jäädä kokonaan korvaamatta, koska seuraavalla käynnillä oli jälleen rokotteita annettavana. Uudessa rokotusohjelmassa puuttuva annos on helpompi korvata seuraavilla käynneillä kuin vanhassa ohjelmassa.

Kainuun ja Turun erillisotokset osoittivat, että ns. siirtymävaiheen ohjeiden mukaisesti rokotettujen kolme- ja viisivuotiaiden sekä ensiluokkalaisten lasten rokotuksissa oli puutteita. Nämä lapset ovat kuitenkin sen ikäisiä, että heidän rokotuksiinsa pystytään tarvittaessa vieläkin täydentämään, mikäli niin ei ole jo tehty. Yksittäisen lapsen kohdalla on tärkeää, että lapsen rokotushistoriasta olisi joka vaiheessa helposti käytettävissä mahdollisimman aukottomat ja hyvin kirjatut tiedot, jotta puutteellisuudet voidaan helposti havaita ja korjata. Erityisesti keskeiset perussarjat ja mahdollisesti puutteellinen suoja MPR-tauteja (tuhkarokkoa, sikotautia ja vihurirokkoa) vastaan tulisi täydentää viimeistään koulussa.

MPR-rokotukset toteutuivat sinällään erinomaisesti. Kaikista tutkimukseen osallistuneista MPR-rokotusikäisistä lapsista ja nuorista 99 % oli saanut vähintään yhden annoksen MPR-rokotetta. Kokonaan MPR-rokotuksista kieltäytyviä oli hyvin vähän. Myös nuoruusiässä annettavan kurkkumätä-jäykkäkouristustehosteiden kattavuus oli korkea. Sen oli saanut yli 98 % tutkimukseen osallistuneista nuorisista.

Oikea ja ajantasainen rokotustieto on keskeistä sekä rokotusten vaikuttavuuden että turvallisuuden seurannassa. Tarttuvien tautien osalta rokotuskattavuus kuvaa paitsi ohjelman toteutumista, myös epäsuorasti rokottamattomien ja esimerkiksi perussairauden vuoksi vajaasti suojassa olevien rokotettujen riskiä saada infektio. Seuraamalla rokotuskattavuutta voidaan varautua mahdolliseen laumasuojan murtumiseen ja kohdentaa toimenpiteitä epidemioiden estämiseksi. Otantatutkimukset eivät ole tällaisen tiedon keruuseen paras tapa, sillä ne ovat erittäin työläitä

ja aikaavieviä. Lisäksi niistä saadaan tietoa huomattavan pitkällä viiveellä. Muun muassa tämän vuoksi THL:n Rokotusten ja immuunisuojan osastolla työstetään parhaillaan valtakunnallista ja ajantasaista rokotusrekisteriä.

Rokotusten jäljitettävyys on sekä kansallisten että kansainvälisten lääkevalvontaviranomaisten vaatimus. Rokotusten seurantalehti (ROS-lehti) on toiminut hyvin strukturoidun tiedon lähteenä. Vaikka tiettyjen määritettyjen rokotustietojen kirjaaminen potilasasiakirjoihin on ollut lakisääteistä vuodesta 2004 alkaen, tietoja on kirjattu hyvin vaihtelevin ohjein ja erilaisin tavoin erityyppisiin sähköisiin potilastietojärjestelmiin. Tässäkin tutkimuksessa näkyi, että sähköisten tietojärjestelmien tulosteissa oli variaatiota mm. rokotusten nimien ja annettujen annosten kirjaamistavoissa. Tulosteista saatava tieto ei vastannut sitä, mitä asetuksen (421/2004) mukaan annetuista rokotuksista tulisi kirjata.

Rokotustietojen yhteen kokoaminen on huomattavan haastavaa. Tämän ongelman ratkaisemiseksi rokotustiedot lisättiin osaksi tekeillä olevan perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisterin (AvoHILMO) tietomääritystä toukuussa 2010. Vuoden 2012 aikana THL järjestää valtakunnalliset koulutuspäivät kirjaamisen yhdenmukaistamiseksi perusterveydenhuollon toimipisteissä. Sen lisäksi tarvitaan kuitenkin vielä paikallista koulutusta. Kun rokotusten kirjaaminen saadaan yhdenmukaiseksi, THL pystyy tuottamaan valtakunnallisen tiedon lisäksi rokotuskattavuuteen liittyvää paikallista ja ajantasaista seurantatietoa. Tällöin kunnat/kuntayhtymät voivat myös itse seurata rokotusohjelman toteutumista omalla alueellaan ja tarvittaessa reagoida muuntuviin tilanteisiin.

Lähteet

www.thl.fi/rokottaminen > Rokotuskattavuus

www.thl.fi/rokottaminen > Kausi-influenssarokotukset

4.5 Ateriointi ja ruokatottumukset

Marja-Leena Ovaskainen, Katja Wikström ja Suvi Virtanen

Lapsen ruokavalion tulee olla monipuolinen sisältäen sekä eläinkunnan että kasvikunnan tuotteita. Ruokavalinnoissa tulee suosia kasvisten, täysjyväviljan, hedelmien ja marjojen päivittäistä käyttöä, vähäistä suolan ja sokerin käyttöä sekä suosia laadultaan pehmeää rasvaa. Terveellisten ruokatottumusten omaksuminen jo lapsuudessa on tärkeää, koska niiden avulla voidaan edistää terveyttä ja ehkäistä monia sairauksia. On havaittu, että lapsuusiän ruokatottumukset ovat yhteydessä aikuisiän syömiseen (esim. Mikkilä ym. 2009). Ruokatottumusten muotoutumiseen vaikuttavat perheen ruokatottumukset ja -tavat ja vanhempien lapselle näyttämä malli. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että suomalaisten ravitsemuksessa ja ruokatottumuksissa on eroa eri sosioekonomisten ryhmien välillä ja nämä erot heijastuvat myös lasten ja nuorten ravitsemukseen (Raulio ym. 2007, Roos ja Koskinen 2007, Erkkola ym. 2010a, Erkkola ym. 2010b). Ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevien perheissä lasten ravitsemuksen on havaittu noudattavan mm. hedelmien ja kasvisten käytön osalta paremmin suosituksia kuin alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevissa perheissä (Kyttälä ym. 2008).

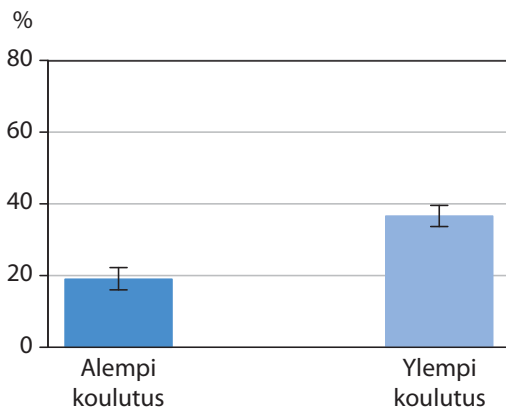
LATE-tutkimuksen tutkimuslomakkeilla kysyttiin imeväis-, leikki- ja kouluikäisten lasten ruoankäytöstä ja ruokatottumuksista.

4.5.1 Imeväisikäiset

Täysimetys ja imetys

Lapsen ensimmäisten kuukausien ravinnoksi riittää yleensä äidinmaito. Täysimetystä (yksinomaista rintaruokintaa) suositellaan jatkettavaksi 6 kuukauden ikään asti (Hasunen ym. 2004, Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009). Imeväisten ravitsemuksen arvioinnissa käytettyjä mittareita ovat sekä täysimetyksen että osittaisen imetyksen kesto. LATE-tutkimuksessa valittiin täysimetyksen mittariksi vähintään neljä kuukautta kestänyt yksinomainen imetys. Tämän kriteerin valintaa puoltaa Suomen lastenlääkäreiden esittämä näkemys täysimetyksen jatkamisesta vähintään 4 kuukauden ja yksilöllisen tilanteen mukaan 6 kuukauden ikään asti (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009). WHO suosittelee täysimetyksen tavoitteen indikaattoriksi täysimetettyjen lasten osuutta 5,9 kuukauden ikään asti. Suomalaisessa aikaisemmassa tutkimuksessa (Hasunen ja Ryyänen 2005) 6 kuukauden täysimetys toteutui vain harvoilla äideillä. LATE-tutkimuksen 1-vuotistarkastuksessa vain 3 % äideistä ilmoitti, että lasta oli yksinomaisesti imetetty 6 kuukauden ikään asti. Näistä syistä täysimetystä tarkastellaan tässä raportissa vähintään neljä kuukautta jatkuneen imetyksen mittarilla.

Äidin raportoima imetyksen pituus oli täysimetyksen muuttujan perustana, mutta täysimetystä määriteltäessä otettiin lisäksi huomioon lisäruokien tai äidinmaidonkorvikkeiden aloitusikä. Vähintään neljä kuukautta kestänyt täysimetus toteutui, jos lasta oli imetetty tähän ikään asti eikä mitään lisäruokaa ollut vielä aloitettu.



Kuvio 4.5.1.1. Täysimetetty vähintään 4 kuukautta, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Tieto imetyksestä ja lisäruokinnan aloittamisesta on huoltajan raportoima lapsen ollessa puoli- tai yksivuotias.

Täysimetus toteutui vähintään 4 kuukauden ajan keskimäärin 29 %:lla imeväisikäisistä (puolen tai yhden vuoden ikätarkastuksessa). Neljän kuukauden täysimetus toteutui yleisemmin pidempään koulutetuilla äideillä (38 %) verrattuna vähemmän koulutettuihin äiteihin (19 %) (kuvio 4.5.1.1). Äitien koulutus liittyi myös osittaisen imetyksen pituuteen, sillä 58 % pidempään koulutetuista imetti lasta vielä ½-vuotistarkastuksessa, kun vähemmän koulutetuista äideistä vain 34 % imetti lasta tuolloin. Koulutuksen mukainen ero täysimetyksessä oli suurin Turun alueella. Vähintään 4 kuukauden täysimetus toteutui parhaiten Kainuun alueella.

Äidinmaidonkorvikkeen keskimääräinen aloitusikä oli pidempään koulutetuilla äideillä 3,2 kk (SD 3,0, n=712) ja vähemmän koulutetuilla 2,6 kk (SD 2,6, n=500). Yksivuotiaista lapsista 77 % sai tavanomaista äidinmaidonkorviketta. Erityisäidinmaidonkorviketta, kuten soijapohjaista tai hydrolysoitua korviketta oli saanut yhteensä 6 % lapsista yhden vuoden ikään mennessä.

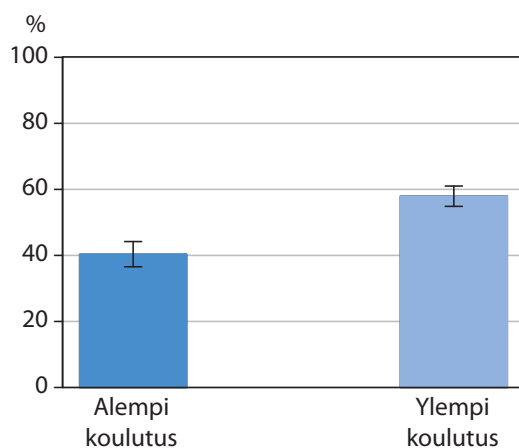
Lisäruoan aloitus

Puolivuotiaista lapsista 96 % oli saanut perunaa ja juureksia lisäruokana ja näiden lisäruokien keskimääräinen aloitusikä oli 4,3 kuukautta (vaihteluväli 2–10 kuukautta). Seuraavaksi aloitettiin tyypillisimmin hedelmä- tai marjasoseet, keskimäärin 4,5 kuukauden iässä ja kolmantena viljat (tavallisimmin kaura) keskimäärin 5,2 kuukauden iässä. Liharuokien anto aloitettiin keskimäärin 5,7 kuukauden iässä. Lisäruokien keskimääräinen aloitusikä ei eronnut alueen tai äitien koulutuksen mukaan. Lisäruoan aloittaminen ja aloitusikä vastaavat Erkkolan ym. (2006) tuloksia vuosilta 1996–2004.

D-vitamiinivalmistetta antoi yksivuotiaalle kolmeneljäsosaa pidempään koulutetuista äideistä ja lähes yhtä suuri osa vähemmän koulutetuista äideistä.

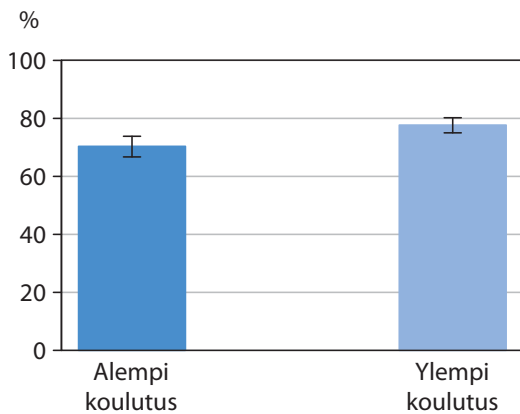
4.5.2 Leikki-ikäiset ja ensimmäisen luokan oppilaat

Kolme- ja viisivuotiaiden (leikki-ikäisten) sekä ensimmäisen luokan oppilaiden ruokavalintoja kirjattiin yhden päivän eri aterioilla. Leikki-ikäisistä 60 % söi aamupalalla puuroa. Maitolaadun valinta erosi äidin koulutuksen mukaan. Rasvattoman maidon käyttö oli yleisintä perheissä, joiden äideillä oli pidempi koulutus (kuvio 4.5.2.1), ja kevytmaito perheissä, joiden äideillä oli lyhyempi koulutus. Hyvin harva lapsi käytti kulutusmaitoa. Erilaisten leipien tai rasvavevitteen valinta ei eronnut äitien koulutuksen pituuden mukaan.



Kuvio 4.5.2.1. Rasvatonta maitoa juovat leikki-ikäiset ja 1. luokan oppilaat, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

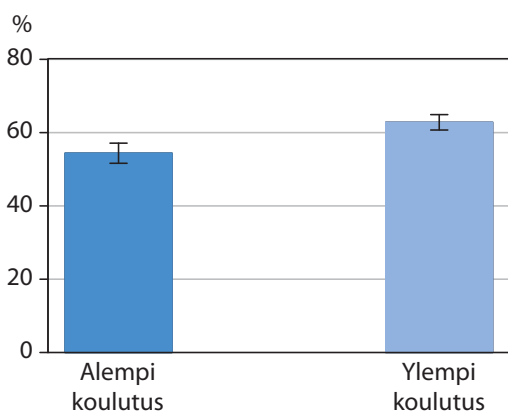
Leikki-ikäisten ja ensimmäisen luokan oppilaiden kasvislisäkkeet sekä lounaalla että ilta-aterialla olivat yleisempiä pitkään kuin vähemmän opiskelleiden äitien lapsilla (kuvio 4.5.2.2). Kasvisten syöminen kysyttiin erikseen koululounaan ja iltataruoan osalta ja nämä muuttujat yhdistettiin. Leikki-ikäisten ruokavaliossa vältettiin yleisimmin lehmänmaitoa, jota seurasivat kalan tai kananmunan välttäminen. Välttämisoruokavalio perustui useimmiten perheen omaan päätökseen.



Kuvio 4.5.2.2. Pääaterioilla kasvislisäkkeitä syövät leikki-ikäiset ja 1. luokan oppilaat, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Sokeripitoisten elintarvikkeiden käytössä ei ollut eroja äidin koulutuksen pituuden mukaan. Sokeroituja virvoitusjuomia lapset voivat lähinnä välipaloilla, mutta soke-roituja mehuja sekä aterioilla että välipaloilla. Suolaisten naposteltavien käyttö oli yleisempää vähemmän koulutettujen äitien lapsilla.

D-vitamiinivalmistetta antoi alle kouluikäiselle (0,5-, 1-, 3- ja 5-vuotiaalle) lapselle päivittäin 63 % pidempään koulutetuista äideistä ja 54 % vähemmän koulu-tetuista äideistä (kuvio 4.5.2.3).

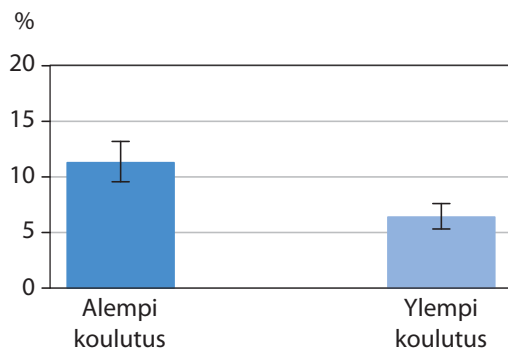


Kuvio 4.5.2.3. D-vitamiinivalmisteiden päivittäinen käyttö alle kouluikäisillä lapsilla, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

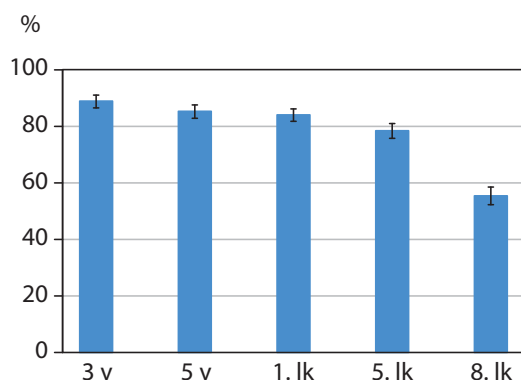
4.5.3 Kouluikäiset

Ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaat vastasivat ruokia koskeviin kysymyksiin yhdessä vanhempiensa kanssa. Kahdeksannen luokan oppilaat vastasivat ruokatot-tumuksia koskeviin kysymyksiin itse. Kouluikäisiltä (1., 5. ja 8. luokan oppilailta) kysyttiin aterioiden syöminen edellisen viikon arkipäivinä asteikolla: ei kertaakaan, 1–2 päivänä, 3–4 päivänä, kaikkina arkipäivinä. Aamupalan nauttiminen harvoin

(korkeintaan yhtenä tai kahtena päivänä viikossa) oli yleisempää vähemmän koulutettujen äitien lapsilla kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsilla (12 % vs. 7 %) (kuvio 4.5.3.1). Perheellä oli lähes poikkeuksetta (87 % perheistä) yhteinen ilta-ateria lapsen ollessa leikki-iässä, mutta päivittäinen ilta-ateria oli harvinaisempi kouluikäisten lasten perheissä (kuvio 4.5.3.2). Kahdeksannen luokan oppilaista puolet söi lähes joka päivä perheen kanssa yhteisen ilta-aterian. Äidin koulutus tai asuinalue ei ollut yhteydessä perheen kanssa aterioimiseen.



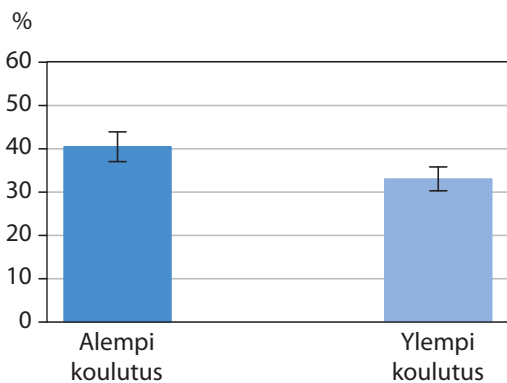
Kuvio 4.5.3.1. Aamupalan harvoin, korkeintaan 2 arkipäivänä edellisen viikon aikana, syöneet kouluikäiset lapset äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). 1. lk vanhemman raportoima, 5. lk. vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima sekä 8./9. luokkalaisten itse raportoima tieto (%).



Kuvio 4.5.3.2. Perheen yhteinen ilta-ateria vähintään 4 arkipäivänä viikossa ikäryhmittäin, koko aineisto (%). 1. lk vanhemman raportoima, 5. lk. vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima sekä 8./9. luokkalaisten itse raportoima tieto (%).

Puolet koululaisista, sekä tytöistä että pojista, käytti rasvatonta tai ykkösmaitoa kotona. Lapset, joiden äidillä oli enemmän koulutusta, suosivat vähärasvaista tai rasvatonta maitoa juomana sekä koulussa että kotona. Koulussa valittu maito ei eronnut tutkimusalueiden mukaan. Maidottomuus lisääntyi koululaisen varttues- sa, ja kahdeksannella luokalla viidennes kouluikäisistä ei juonut lainkaan maitoa kouluateriaalla.

Ruokavalintojen yleisyyttä edellisen viikon aikana selvitettiin 52 ruokaryhmän käyttötiheyden perusteella käyttäen vastausvaihtoehtoja: ei kertaakaan, 1–2 päivänä, 3–5 päivänä, joka päivä tai lähes joka päivä ja useita kertoja päivässä. Pidempään koulutettujen äitien lapset suosivat ruisleipää ja täysjyväleipää hieman enemmän kuin vähemmän koulutettujen äitien lapset. Leipärasvana 70 % koululaisista käytti margariinia tai kasvirasvaseosta, eikä äidin koulutustasolla ollut yhteyttä leipärasvan laatuun. Kaikkien kasvisten päivittäiskäyttö oli yleisintä korkeammin koulutettujen äitien tytöillä. Hedelmiä käytettiin vähän, lähes 40 % koululaisista söi niitä korkeintaan yhtenä tai kahtena päivänä viikossa. Hedelmien vähäinen käyttö (korkeintaan 2 päivänä viikossa tai harvemmin) oli yleisempää vähemmän koulutettujen äitien lapsilla kuin pidempään koulutettujen äitien lapsilla (kuvio 4.5.3.3).



Kuvio 4.5.3.3. Hedelmiä tai marjoja enintään 2 päivänä edellisen viikon aikana syöneet kouluikäiset lapset, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). 1. lk ja 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto (%).

Sokeroituja virvoitusjuomia tai mehuja joi kolmannes oppilaista vähintään joka toisena päivänä ja 15 % päivittäin, mutta käyttö ei eronnut äidin koulutuksen mukaan. Korkeammin koulutettujen äitien kouluikäiset lapset joivat kevytjuomia (light) hieman enemmän kuin lyhyemmän koulutuksen saaneiden äitien lapset. Energia- ja urheilujuomia käytti lähes 6 % kouluikäisistä vähintään joka toinen päivä. Laktoositon ruokavalio ja allergiaruokavalio olivat tyypillisimmät kouluikäisten erityisruokavaliot (10 % molemmissa).

Lähes 80 % kouluikäisistä (5. ja 8. luokka) söi makeisia vähintään kerran tai kahdesti viikossa, eikä makeisten viikkokäytössä ollut eroja äidin koulutuksen mukaan. Makeisia käytti vähintään joka toinen päivä noin 15 % koululaisista äidin koulutustasosta riippumatta. Suklaata käyttämättömien osuus (27 % vs. 21 %) oli suurempi pidempään koulutettujen äitien lapsilla kuin vähemmän koulutettujen äitien lapsilla. Suolaisten naposteltavien käyttö oli hieman yleisempää alemman koulutustason äitien lapsilla kuin muilla.

Yli puolet kouluikäisistä piti kouluruokaa hyvänä, kasviksia pidettiin kouluruoan parhaana osana ja puolet koululaisista toivoi niitä enemmän kouluruoalle.

Koululounaan pääruoan jätti yhden tai kaksi kertaa viikossa syömättä noin 40 % koululaisista, eikä äidin koulutuksella ollut tähän yhteyttä. Koululounaan salaatin jätti viikoittain syömättä lähes 30 % pojista mutta vain 15 % tytöistä. Myös muiden tutkimusten (Luopa ym. 2010, Hoppu ym. 2008, Kasila ym. 2005) mukaan yli puolet peruskoulun yläasteen oppilaista jätti jotain koululounaalla tarjotuista ateriansista syömättä. Kouluterveyskyselyn mukaan valikoivuus oli yleisintä Etelä-Suomen ja Lapin läänissä. Neljäsosa tytöistä ja kolmasosa pojista söi koulupäivän aikana epäterveellisiä välipaloja, makeisia ja virvoitusjuomia. Niiden käyttö oli yleisintä Etelä-Suomen läänissä.

Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa lapsen 1-vuotistarkastukseen osallistuneista perheistä vain 3 prosentissa täyttyi suositusten mukainen 6 kuukauden täysimetus. Tästä syystä tulosten tarkasteluissa käytettiin täysimetyksen mittarina 4 kuukautta kestänyttä täysimetystä. Tällä kriteerillä LATE-tutkimuksessa täysimetus toteutui 4 kuukauden ikään asti paremmin pidempään koulutettujen äitien lapsilla kuin vähemmän koulutettujen äitien lapsilla. Täysimetyksen lyhyt kesto on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa (Hasunen ym. 2005, Erkkola ym. 2006, Rousku ym. 2010, Erkkola ym. 2010a). Imetyksen merkitystä tulisi käsitellä äitiysneuvoissa nykyistä enemmän, sillä äidin päätös imetyksestä ennen lapsen syntymää liittyi täysimetyksen pituuteen (Rousku ym. 2010). Imetyksen edistämiseksi kaivataan monipuolista äitejä tukevaa ja voimaannuttavaa keskustelua äitiys- ja lastenneuvoloihin.

Suomalaisäidit perustelevat äidinmaidonkorvikkeen aloittamisen rintamaidon riittämättömyydellä (Rousku ym. 2010), toisena syynä on lapsen tyytymättömyys ja kolmantena perheen mahdollisuus osallistua imeväisen ruokintaan. On mahdollista, että imetyksen lopettamisen taustalla vaikuttaa myös alemman koulutuksen saaneiden äitien tupakointi (ks. kuvio 4.7.3.2). Lapsen nälkäisyys oli yleisin syy lisäruoan aloitukseen. Rouskun ym. (2010) tutkimuksessa äidit ilmoittivat esitteet ja lehtiset sekä neuvolan, sairaalan ja terveydenhuollon henkilöstön keskeisiksi vaikuttajiksi päätöksessään imeväisen ruokintatavoista.

Leikki- ja kouluikäisten lasten ruokavalintoja tarkasteltiin äidin koulutuksen mukaan ja havaittiin, että rasvattoman maidon juominen ja kasvien käyttö oli yleisempää leikki-ikäisillä ja koulutulokkailla, joiden äideillä oli pidempi koulutus kuin vähemmän koulutettujen äitien lapsilla.

Aiempien tutkimusten mukaan kolmivuotiailla lapsilla sokerin käyttö oli ruokapäiväkirjojen perusteella keskimäärin 41 g päivässä (Erkkola ym. 2009). Ylimmän neljänneksen keskimääräinen sokerin saanti oli 61 g päivässä. Sokeri tuotti päivän energiasta keskimäärin 13,3 %. Isän pidempi koulutus oli yhteydessä vähäisempään sokerin saantiin kuten myös lapsen hoito kodin ulkopuolella alle kouluikäisten lasten ravintotutkimuksessa (Kyttälä ym. 2008). Tässä LATE-tutkimuksessa lasten makeiden elintarvikkeiden käytössä ei todettu eroja äidin koulutuksen mukaan.

Aiemmissä tutkimuksissa suositeltavat ruokavalinnat, kuten kasvien käyttö, rasvaton tai vähärasvainen maito, kasvirasvaan perustuva leipärasva ja tavanomaisen virvoitusjuomien välttäminen, on yhdistetty vanhempien korkeampaan koulutustasoon (Roos ja Koskinen 2007, Kyttälä ym. 2008). Äidin koulutuksen mukaisia eroja lasten leipärasvan laadussa ja virvoitusjuomien käytössä ei havaittu tässä tutkimuksessa. Äidin koulutus lisäsi D-vitamiinivalmisteen antoa leikki-ikäisille. Tutkimushetkellä leikki-ikäisille (yli 3-v) lapsille ei vielä suositeltu ympärivuotista D-vitamiinivalmisteiden käyttöä, jota koskeva suositus tuli voimaan vuoden 2011 alussa.

Aikaisempien tutkimusten mukaan perheen yhteinen ilta-ateria liittyy äidin pidempään koulutukseen (Raulio ym. 2007). Kouluterveyskyselyn mukaan yhteisen ilta-aterian syöminen on vähentynyt 2000-luvulla (Luopa ym. 2010) ja WHO:n koululaistutkimuksen mukaan yhteinen ateriointi ei riippunut perheen sosioekonomisesta asemasta, mutta oli vähäisempää muissa kuin ydinperheissä asuvilla (Ojala ym. 2006). Tämän tutkimuksen havainnot vastasivat WHO:n koululaistutkimuksen tuloksia sosioekonomisen aseman yhteydestä perheen yhteiseen ilta-ateriaan. Sen sijaan kouluikäisillä aamupalan syömättä jättäminen oli tässä tutkimuksessa tavallisempaa lapsilla, joiden äideillä oli lyhyempi koulutus. Osana neuvoloissa ja kouluissa annettavaa ravitsemusneuvontaa tulisi tukea lapsen ateriarytmin säännöllisyyttä ja perheessä syötävien yhteisten aterioiden toteutumista, koska lapsen ja nuoren terveellisen ruokavalion perusta on monipuolisissa ja säännöllisissä aterioissa ja ne toimivat lapselle mallina terveellisistä ruokatottumuksista ja -valinnoista aikuisuuteen asti.

Lasten ruokavalion ja perheen ruokakäytänteiden puheeksi ottaminen neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa on terveystottumusten arvioinnin sisältöä. Ravitsemusneuvonnan tueksi on kehitetty laadukasta neuvontamateriaalia, kuten Neuvokas perhe -menetelmä sekä Mahtavat muksut -opas ja Painokas-hankkeen työkalupakki, joita voi hyödyntää lapsen ja perheen ruokatottumusten arvioinnissa sekä ohjauksen tukena. Lasten ruokavalion toteutuksessa suuri merkitys on päiväkotien ja koulujen ruokapalvelulla, jonka resurssit on turvattava hyvän ja terveellisen aterian varmistamiseksi. Kouluaterian arvostusta ja kannustusta sen nauttimiseen tulisi lisätä sekä koulun opettajien että lasten perheiden keskuudessa.

Laajat kysymyssarjat lasten ruokatottumuksista eivät toimi terveystarkastusten välineinä, vaan niiden soveltaminen vaatii erillistutkimuksia. Terveystarkastuksiin soveltuvia ruokatottumuksia ja ruokavalion laatua kartoittavia kysymyssarjoja tulee edelleen kehittää kullekin lapsen ikäkaudelle. Koko päivän ruokavalion tutkiminen onnistuu parhaiten sitä varten kehitellyillä menetelmillä kuten ruokapäiväkirjoilla.

Lähteet

- Erkkola M, Kronberg-Kippilä C, Knip M, Virtanen S. Ravitsemus elämänkaaren alkupäässä – tavoitteisiin matkaa. *Suomen Lääkärilehti* 2006;61,5029–5035.
- Erkkola M, Kronberg-Kippilä C, Kyttälä P, Lehtisalo J, Reinivuo H, Tapanainen H, Veijola R, Knip M, Ovaskainen M-L, Virtanen S. Sucrose in the diet of 3-year-old Finnish children: sources, determinants and impact on food and nutrient intake. *Br J Nutr* 2009;101,1209–1217.
- Erkkola M, Salmenhaara M, Kronberg-Kippilä C, Ahonen S, Arkkola T, Uusitalo L, Pietinen P, Veijola R, Knip M, Virtanen SM. Determinants of breastfeeding in a Finnish birth cohort. *Public Health Nutrition* 2010a;13(4),504–13.
- Erkkola M, Kyttälä P, Kronberg-Kippilä C, Ovaskainen ML, Tapanainen H, Veijola R, Simell O, Knip M, Virtanen SM. Alle kouluikäisten lasten ruoankäyttö ja ravinnonsaanti. *Suomen Lääkärilehti* 2010b;65(34),2665–72.
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2004:11. Helsinki 2004.
- Hasunen K, Ryyänen S. Imeväisten ruokinta Suomessa 2005. STM:n Selvityksiä 2005:19, Helsinki 2006.
- Kasila K, Hausen H, Anttonen V. Tuloksia koululaisten ruokatottumusten kartoituskyselystä. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2005;12,700–704.
- Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009–2012. THL Raportti 32/2009. Helsinki 2009.
- Kyttälä P, Ovaskainen M, Kronberg-Kippilä C, Erkkola M, Tapanainen H, Tuokkola J, Veijola R, Simell O, Knip M, Virtanen S. Lapsen ruokavalio ennen kouluikää. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B32/2008.
- Luopa P, Lommi A, Kinnunen T, Jokela J. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. THL:n Raportti 20/2010. Helsinki 2010.
- Mikkilä V, Räsänen L, Laaksonen M, Juonala M, Viikari J, Pietinen P, Raitakari O. Long-term dietary pattern and carotid artery intima media thickness: The cardiovascular risk in young Finns Study. *Br J Nutr* 2009;102,1507–1512.
- Ojala K, Välimaa R, Villberg J, Kannas L, Tynjälä J. Nuorten ateriarytmi: Kuka syö koulupäivinä säännöllisesti? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2006;43,60–71.
- Raulio S, Pietikäinen M, Prättälä R, joukkoruokailutyöryhmä. Suomalaisnuorten kouluikäisen ateriointi. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B26/2007. Helsinki 2007.
- Roos E, Koskinen S. Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus suomalaisten koululaisten ruokatottumuksiin. *Suomen Lääkärilehti* 2006;62,2051–2056.
- Rousku H, Isolauri E, Laksio S, Laitinen K. Ensisynnyttäjien näkemykset imeväisen ruokinnasta ja sen yhteydestä terveyteen. *Suomen Lääkärilehti* 2010;65,3420–3427.

4.6 Lasten ja nuorten terveystottumukset

4.6.1 Liikunta ja fyysinen aktiivisuus

Päivi Mäki

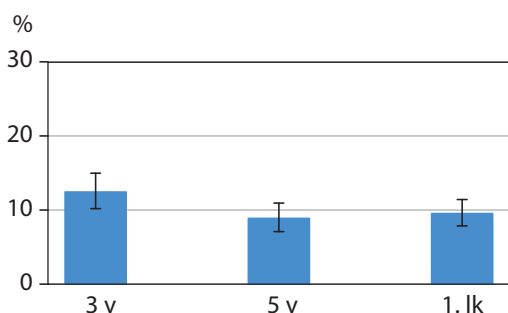
Sopiva liikunta tukee lapsen ja nuoren fyysistä kasvua ja kehitystä monella tavalla (Hakkarainen 2008). Liikunnalla on keskeinen rooli myös useiden pitkäaikaissairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien, tyyppin 2 diabeteksen, keuhkosairauksien, tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja mielenterveysongelmien sekä ylipainon ehkäisyssä (Aikuisten lihavuus: Käypä hoito 2010).

Suosituksen mukaan (STM ym. 2005) alle kouluikäinen lapsi tarvitsee joka päivä vähintään kaksi tuntia reipasta liikuntaa. Kouluikäisille suositus on vähintään 1–2 tuntia monipuolista ja ikään sopivaa liikuntaa päivässä.

Leikki-ikäiset ja 1. luokan oppilaat

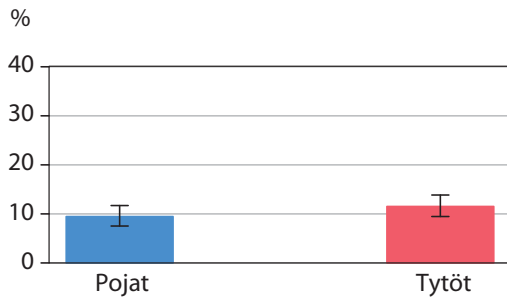
Kolme- ja viisivuotiaiden sekä ensimmäisen luokan oppilaiden fyysistä aktiivisuutta selvitettiin kysymällä lapsen vanhemmilta, kuinka monta tuntia päivässä lapsi tavallisesti ulkoilee, leikkii ulkona tai harrastaa liikuntaa arkisin ja viikonloppuisin.

Tässä tutkimuksessa ovat tarkastelussa ne leikki-ikäiset lapset ja ensimmäisen luokan oppilaat, jotka ulkoilivat, leikkivät tai harrastivat liikuntaa arkisin alle 2 tuntia päivässä. Noin 10 % näiden ikäryhmien lapsista liikkui alle suositusten (kuvio 4.6.1.1).



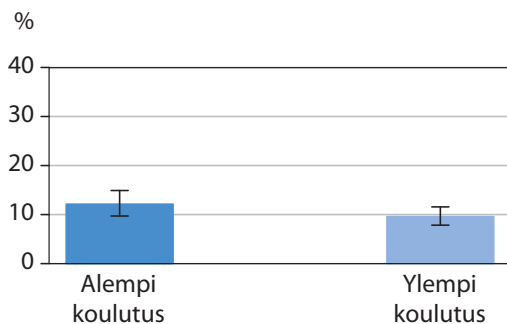
Kuvio 4.6.1.1. Ulkoilua, ulkoleikkiä tai liikuntaa alle kaksi tuntia päivässä arkisin harrastavat 3- ja 5-vuotiaat sekä 1. luokan oppilaat, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Tytöistä hieman suurempi osuus kuin pojista ulkoili tai harrasti liikuntaa alle suositusten (kuvio 4.6.1.2).



Kuvio 4.6.1.2. Ulkoilua, ulkoleikkiä tai liikuntaa alle 2 tuntia arkisin harrastavat 3- ja 5-vuotiaat sekä 1. luokan oppilaat, sukupuolen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Pienten lasten liikunnan harrastamisessa ei ollut merkittäviä eroja äidin koulutuksen tai Turun ja Kainuun välillä. Korkeammin koulutettujen äitien lapsista hieman pienempi osuus kuin vähemmän opiskelleiden äitien lapsista liikkui alle suositusten (kuvio 4.6.1.3).



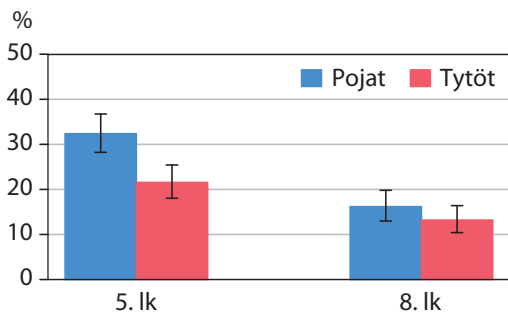
Kuvio 4.6.1.3. Ulkoilua, ulkoleikkiä tai liikuntaa alle 2 tuntia arkisin harrastavat 3- ja 5-vuotiaat sekä 1. luokan oppilaat, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Lasten liikuntaa tarkasteltiin myös suhteessa vanhempien liikunnan harrastamiseen. Perheissä, joissa molemmat vanhemmat liikkui vähintään 2–3 kertaa viikossa (yhteensä 43 % kaikista perheistä), kolme- ja viisivuotiaista ja ensimmäisellä luokalla olevista lapsista 91 % leikki ulkona tai harrasti liikuntaa vähintään kaksi tuntia päivittäin. Perheissä, joissa vanhemmat harrastivat liikuntaa harvemmin kuin 2–3 kertaa viikossa, lähes yhtä suuri osa lapsista (89 %) liikkui ja ulkoili suositusten mukaan.

Viides- ja kahdeksaluokkalaisten

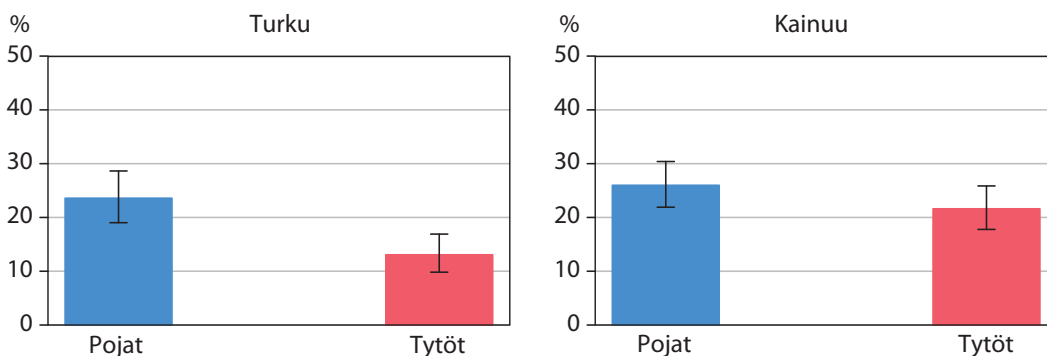
Viides- ja kahdeksaluokkalaisten fyysistä aktiivisuutta selvitettiin kysymällä liikunnan harrastamisesta. Viidesluokkalaisten vastasivat kysymyksiin yhdessä huoltajien kanssa ja kahdeksaluokkalaisten vastasivat kysymyksiin itse. Nuorilta kysyttiin, kuinka monena päivänä he tavallisen viikon aikana harrastavat liikuntaa yhteensä vähintään 60 minuuttia.

Tässä tutkimuksessa tarkastelussa ovat ne viides- ja kahdeksaluokkalaiset, jotka harrastivat liikuntaa yhteensä vähintään tunnin päivässä, vähintään kuutena päivänä viikossa. Viidesluokkalaiset harrastivat liikuntaa lähes päivittäin yleisemmin kuin kahdeksaluokkalaiset. Pojat harrastivat liikuntaa suositusten mukaan yleisemmin kuin tytöt molemmilla luokka-asteilla. Viidesluokkalaisista pojista noin kolmasosa (32 %) ja tytöistä viidesosa (22 %) harrasti liikuntaa vähintään kuutena päivänä viikossa yhteensä vähintään tunnin päivässä. Ero viidesluokkalaisten poikien ja tyttöjen välillä oli tilastollisesti merkitsevä. Myös kahdeksannella luokalla lähes päivittäinen liikunnan harrastaminen oli pojilla hieman yleisempää kuin tytöillä (16 % vs. 13 %), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.



Kuvio 4.6.1.4. Liikuntaa vähintään kuutena päivänä viikossa yhteensä vähintään tunnin päivässä harrastaneet 5. ja 8. luokkalaiset tytöt ja pojat, koko aineisto (%). 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Turussa viidesluokkalaisista pojista 26 % ja tytöistä 17 % harrasti liikuntaa vähintään tunnin päivässä vähintään kuutena päivänä viikossa. Vastaavat osuudet kahdeksaluokkalaisista olivat pojista 20 % ja tytöistä 10 %. Ero poikien ja tyttöjen välillä oli tilastollisesti merkitsevä Turussa. Kainuussa ero poikien ja tyttöjen välillä oli pienempi, eikä ero ollut tilastollisesti merkitsevä (kuvio 4.6.1.5). Lähes päivittäisessä liikunnan harrastamisessa ei juuri ollut eroa Kainuun ja Turun poikien välillä, mutta Kainuun tytöistä suurempi osa (22 %) kuin Turun tytöistä (13 %) harrasti liikuntaa lähes päivittäin.



Kuvio 4.6.1.5. Liikuntaa vähintään kuutena päivänä viikossa yhteensä vähintään tunnin päivässä harrastaneet 5. ja 8. luokkalaiset tytöt ja pojat, Turussa ja Kainuussa (%). 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

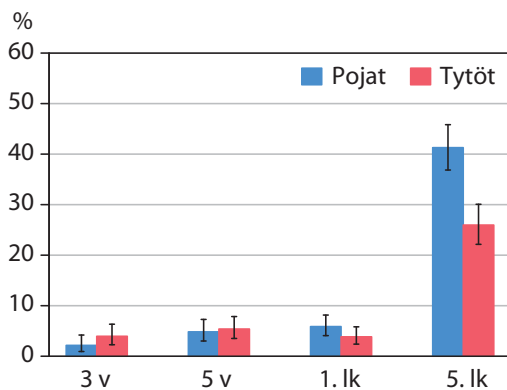
Liikunnan harrastaminen suositusten mukaan oli hieman yleisempää korkeammin koulutettujen äitien lapsilla kuin vähemmän koulutettujen äitien lapsilla (22 % vs. 19 %), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Nuorten liikunnan harrastamista tarkasteltiin myös suhteessa heidän vanhempiensa liikuntatottumuksiin. Niiden perheiden viides- ja kahdeksaluokkalaisista, joissa molemmat vanhemmat liikkuvat vähintään 2–3 kertaa viikossa, yli neljäsosa (29 %) liikkui vähintään kuutena päivänä viikossa vähintään tunnin päivässä. Vastaavasti perheet, joissa vanhemmat liikkuvat vähemmän, joka viides viides- ja kahdeksaluokkalainen, liikkui suositusten mukaan.

Ruutuaika

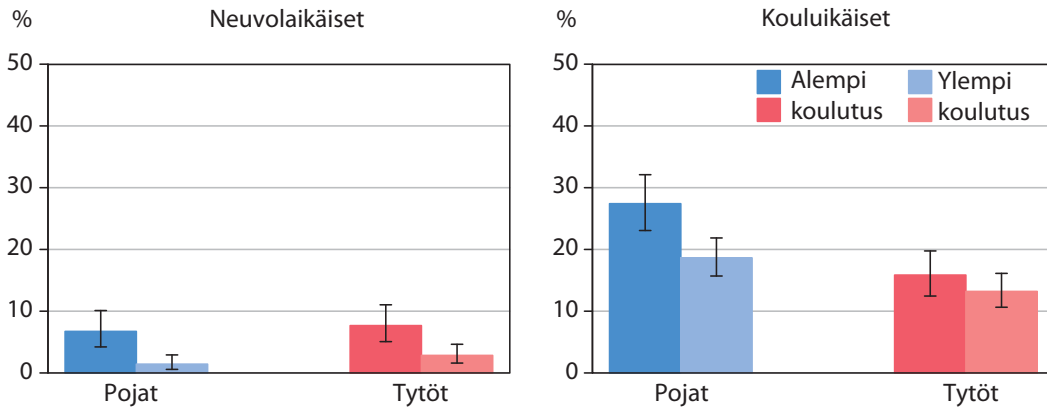
Suositus kouluikäisten ruutuajalle on korkeintaan kaksi tuntia päivässä (OPM ja Nuori Suomi 2008). Alle kouluikäisten ruutuajalle ei ole suositusta.

Kolme- ja viisivuotiaiden lasten sekä ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaiden vanhemmilta kysyttiin kuinka monta tuntia lapsi tavallisesti katsoo televisiota, videoita, DVD:tä tai käyttää aikaa tietokoneen tai pelikonsolin äärellä arkisin. Leikki-iässä pieni osa lapsista (noin 5 %) vietti aikaa viihdemedian ääressä yli kaksi tuntia päivässä arkisin. Leikki-iässä tytöistä hieman suuremmalla osalla kuin pojista ruutuaika ylitti kaksi tuntia. Kouluikässä tilanne oli päinvastainen, pojista suurempi osa kuin tytöistä vietti ruudun ääressä yli kaksi tuntia. Ero poikien ja tyttöjen välillä oli tilastollisesti merkitsevä viidennen luokan oppilailla.



Kuvio 4.6.1.6. Arkipäivinä yli kaksi tuntia päivässä televisiota, videoita, DVD:tä katsovat tai tietokonetta tai pelikonsolia pelaavat, sukupuolen ja ikäryhmän mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima tieto.

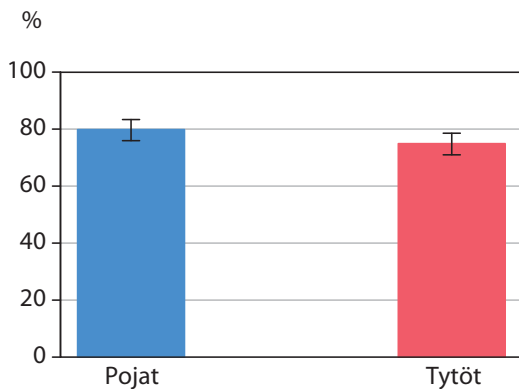
Pidempään koulutettujen äitien lapsilla yli kahden tunnin päivittäinen ruutuaika arkisin oli harvinaisempaa kuin vähemmän koulutusta suorittaneiden äitien lapsilla. Ero oli tilastollisesti merkitsevä pojilla (kuvio 4.6.1.7).



Kuvio 4.6.1.7. Arkipäivinä yli kaksi tuntia päivässä televisiota, videoita, DVD:tä katsovat tai tietokonetta tai pelikonsolia pelaavat, sukupuolen, ikäryhmän ja äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima tieto.

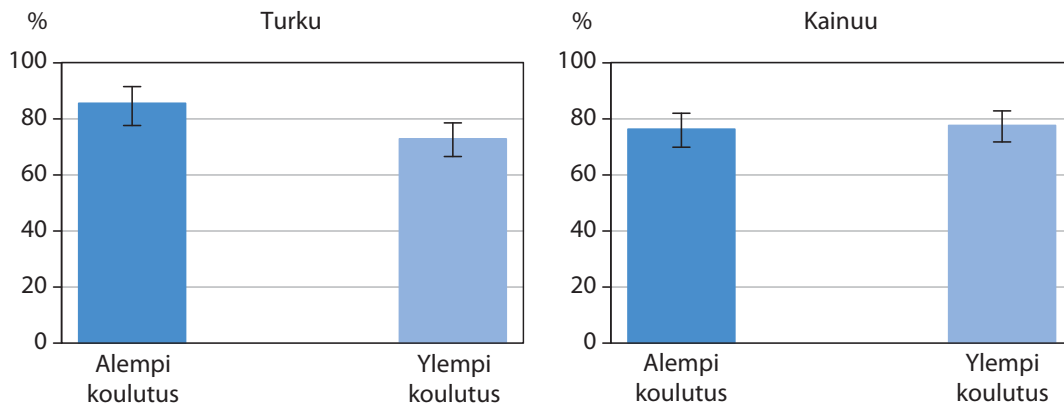
Kahdeksasluokkalaisilta kysyttiin kuinka monta tuntia päivässä he tavallisesti katsovat televisiota, videoita tai dvd:tä tai pelaavat pelikonsolipelejä vapaa-aikana arkin ja viikonloppuisin. Lisäksi heiltä kysyttiin erikseen tietokoneen käyttöä (pelien pelaaminen, sähköposti, chattailu tai internetissä surffailu) vapaa-aikana arkin ja viikonloppuisin. Tässä tutkimuksessa kokonaisruutuajaksi määriteltiin näiden edellä mainittujen kysymysten summa. Tarkastelussa ovat ne nuoret, joiden ruutu-aika yhteensä ylitti kaksi tuntia päivässä.

Yli kaksi tuntia ruudun ääressä vietti arkin yli 70 % kahdeksasluokkalaisista, pojat yleisemmin kuin tytöt (kuvio 4.6.1.8).



Kuvio 4.6.1.8. Ruutu-aika arkisin yli kaksi tuntia, sukupuolittain, koko aineisto (%). 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Kainuun ja Turun nuorten välillä ei ollut eroa suosituksien ylittävän ruutuajan suhteen. Äidin koulutuksella ei ollut yhteyttä kahdeksasluokkalaisten ruutu-aikaan koko aineistossa, mutta Turussa suosituksien ylittävä ruutu-aika oli yleisempää vähemmän koulutettujen äitien nuorilla kuin enemmän koulutettujen äitien nuorilla (kuvio 4.6.1.9).



Kuva 4.6.1.9. Ruutu-aika arkisin yli kaksi tuntia, äidin koulutuksen mukaan Turussa ja Kainuussa (%). 8/9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen mukaan suuri osa leikki-ikäisistä ja ensimmäisen luokan oppilaista ulkoili tai harrasti liikuntaa suositusten mukaan, vähintään kaksi tuntia päivässä. Noin kymmenesosalla tästä ikäryhmästä suositus ei kuitenkaan toteutunut. Mitä vanhemmasta koululaisesta oli kysymys, sitä pienempi osuus koululaisista liikkui ikäluokalle tarkoitetun liikuntasuosituksen edellyttämän määrän päivässä. Noin neljäsosa viidesluokkalaisista ja vajaa viidesosa kahdeksaluokkalaisista harrasti liikuntaa kuutena päivänä viikossa. Liikuntaneuvonnan tehostamiselle sekä lastenneuvolassa että kouluterveydenhuollossa on siis ilmeinen tarve. Laajoissa terveystarkastuksissa arvioidaan koko perheen hyvinvointia, jolloin lasten ja heidän vanhempiensa liikuntatottumukset ja muut elintavat on luontevaa ottaa puheeksi. Liikuntaneuvonnan tueksi on kehitetty neuvontamateriaalia, kuten esimerkiksi Sydänliiton Neuvokas perhe -hankkeen ravitsemus- ja liikuntamateriaali (www.sydanliitto.fi/neuvokas-perhe). Lisäksi huomion kiinnittäminen lasten koulu- ja kehitysympäristöön sekä koulupäivään (mm. kevyen liikenteen väylät, leikki- ja urheilukentät, koulumatkojen turvallisuus, liikuntatunnit, koulujen piha-alueet ja välitunnit) on tärkeää. Vuonna 2010 käynnistyneessä Liikkuva koulu -hankkeessa tavoitteena on liikunnallisen toimintakulttuurin juurruttaminen kouluihin, kouluikäisten fyysisen aktiivisuuden lisääminen, liikuntasuositusten vakiinnuttaminen kaikkiin peruskouluihin sekä tutkitun tiedon saaminen lasten ja nuorten fyysisestä toimintakyvystä (Laine ym. 2011). UKK-instituutin Terve Koululainen -hankkeessa on tuotettu monipuolista turvalliseen ja terveelliseen liikkumiseen tähtäävää verkko-oppimateriaalia yläkoulun liikunnan ja terveystiedon opetuksen tueksi (www.tervekoululainen.fi).

Lapset ja nuoret viettävät paljon aikaa tietokoneen ja muun viihdemedian ääressä. Koululaisten ruutuajalle on suositus, korkeintaan kaksi tuntia päivässä (OPM ja Nuori Suomi 2008). Alle kouluikäisille lapsille ei vastaavaa suositusta ole. Osa alle

kouluikäisistäkin lapsista viettää jopa yli kaksi tuntia ruudun äärellä, joten ruutuajan suosituksille olisi tarvetta myös alle kouluikäisille lapsille lastenneuvolassa annettavan terveysneuvonnan sekä vanhempien kasvatustyön tueksi.

Liikunta-aktiivisuuden mittaaminen on haasteellista. Varsinaista liikunnan harrastamista voidaan kartoittaa, mutta lapsen fyysistä kokonaisaktiivisuutta on vaikea mitata. Vanhempien, päivähoidon tai opettajien on lähes mahdotonta arvioida lapsen kokonaisaktiivisuutta päivän aikana. Erityisesti pienten lasten liikunta-aktiivisuutta on vaikeaa selvittää kyselymenetelmin, koska lasten liikunta on spontaania ja leikinomaista. Fyysisen kokonaisaktiivisuuden mittaamiseen, tarvitaankin tarkempaa tietoa esimerkiksi objektiivisia kiihtyvyyssmittareita käyttäen. Osana Liikkuva koulu -hanketta kehitetään seuranta- ja palautejärjestelmää viidennen ja kahdeksannen luokan oppilaiden fyysisen toimintakyvyn testaamiseen (FTS). Järjestelmän tuottamaa tietoa voidaan jatkossa yhdistää koululaisten laajoihin terveystarkastuksiin (Laine ym. 2011).

Lähteet

- Aikuisten liikunta (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. Saatavissa internetistä: www.kaypahoito.fi (viitattu 4.5.2011).
- Hakkarainen H. Liikunta kasvun ja kehityksen tukena. Kirjassa Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7–18-vuotiaille. Opetusministeriö, Nuori Suomi ry. Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. Helsinki 2008.
- Laine K, Blom A, Haapala H, Hakamäki M, Hakonen H, Havas E, Jaako J, Kulmala J, Mäkilä M, Rajala K, Tammelin T. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES 2011. Liikkuva koulu -hankkeen väliraportti. Kevät 2011.
- Opetusministeriö, Nuori Suomi ry. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7–18-vuotiaille. Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. Helsinki 2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetusministeriö, Nuori Suomi ry. Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:17. Helsinki 2005.
- Suomen Sydänliitto. Neuvokas Perhe -hankkeen verkkosivut: www.sydanliitto.fi/neuvokas-perhe (viitattu 14.12.2011).
- UKK-instituutti. Terve Koululainen -hankkeen verkkosivut: www.tervekoululainen.fi (viitattu 14.12.2011).

4.6.2 Hampaiden hoito ja suun terveys

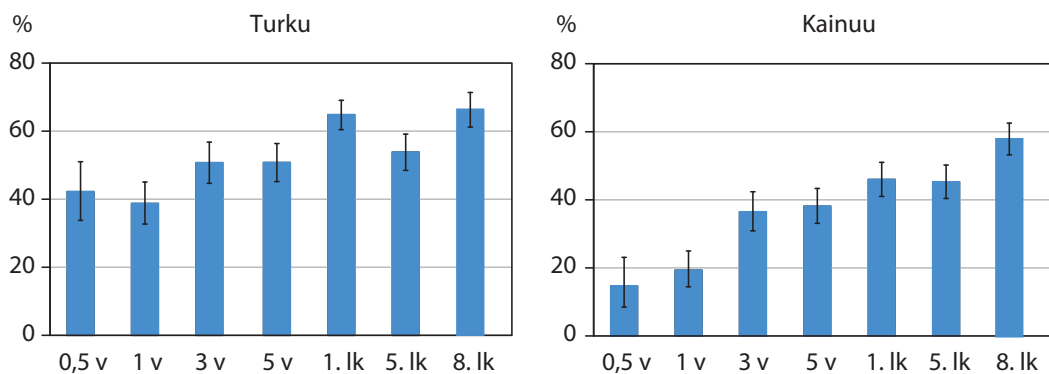
Päivi Mäki ja Tiina Laatikainen

Karies ja iensairaudet ovat yleisiä tulehdussairauksia, joiden esiintymiseen voi vaikuttaa myös omilla valinnoilla. Kariuksen päivittäiseen ehkäisyyn kuuluvat hampaiden harjaus, fluorin käyttö, terveellinen ruokavalio ja hiilihydraattien usein toistuvan käytön välttäminen. Lisäksi ksylitolin käyttö ja napostelun, erityisesti makeiden välipalojen, välttäminen sekä säännöllinen hammashoidossa käynti auttavat hampaiden hoidossa. Suomessa on Käypä hoito -suositus kariuksen hallinnasta (Kariuksen hallinta: Käypä hoito -suositus 2009.)

Hampaiden harjaus

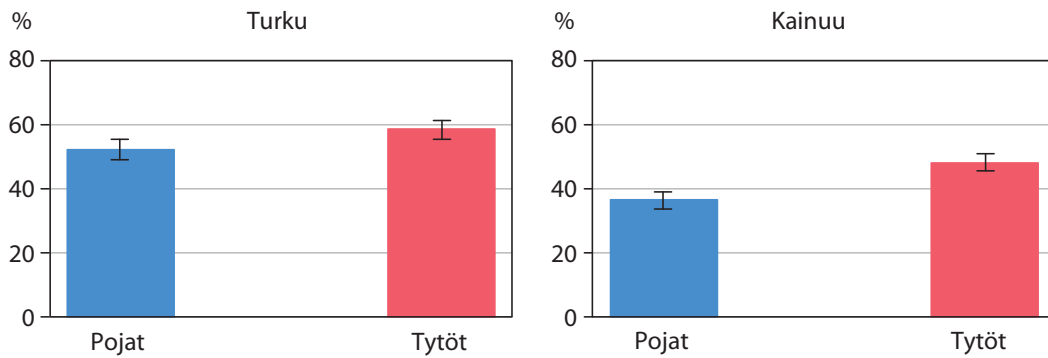
Neuvolaikäisten ja 1. luokan oppilaiden vanhemmilta kysyttiin miten usein lapsen hampaat harjataan. Viidesluokkalaiset vastasivat kysymykseen yhdessä huoltajan kanssa ja kahdeksaluokkalaiset vastasivat kysymykseen itse. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan niitä lapsia, jotka pesivät hampaansa kaksi kertaa päivässä. Puoli- ja yksivuotiaiden osuus laskettiin niistä lapsista, joilla oli jo hampaita.

Vain noin puolet lapsista harjasi hampaansa suositusten mukaisesti kaksi kertaa päivässä. Turussa suositus hampaiden harjaamisesta kaksi kertaa päivässä toteutui kaikilla ikäryhmillä paremmin kuin Kainuussa (kuvio 4.6.2.1).



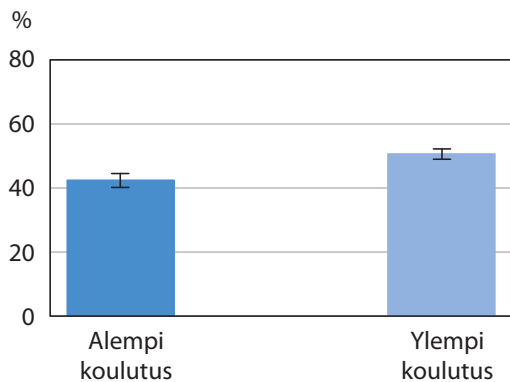
Kuvio 4.6.2.1. Hampaiden harjaus kaksi kertaa päivässä Turussa ja Kainuussa (%). Puoli- ja yksivuotiaiden osuus on laskettu niistä lapsista, joilla oli jo hampaita. Vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Tytöt pesivät hampaitaan ahkerammin kuin pojat. Hampaiden harjaamisessa suositusten mukaan oli havaittavissa tilastollisesti merkitsevä ero sukupuolten välillä sekä Turussa että Kainuussa (kuvio 4.6.2.2).



Kuvio 4.6.2.2. Hampaiden harjaus kaksi kertaa päivässä sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisten itse raportoima tieto.

Lasten hampaiden harjaamisessa oli myös äidin koulutuksen mukaan tarkasteltuna ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ero. Enemmän opiskelleiden äitien lapsista suurempi osuus kuin vähemmän koulutettujen äitien lapsista harjasi hampaansa suositusten mukaan kaksi kertaa päivässä (kuvio 4.6.2.3).



Kuvio 4.6.2.3. Hampaiden harjaus kaksi kertaa päivässä, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisten raportoima tieto.

Fluorihammastahnan ja/tai -tablettien käyttö

Fluorihammastahnan käyttö voidaan aloittaa, kun lapsen ensimmäiset hampaat ovat puhjenneet. Fluorihammastahnaa kahdesti päivässä käyttävälle lapselle ei suositella muiden fluorivalmisteiden käyttöä omahoitona. Fluorihammastahnan käyttöä ei suositella alle viisivuotiaille, jos käyttöveden fluoripitoisuus on yli 1,5 mg/l (Karieksen hallinta: Käypä hoito -suositus 2009).

Fluorihammastahnan ja fluoritablettien säännöllisestä käytöstä kysyttiin 3- ja 5-vuotiaiden sekä 1. ja 5. luokkalaisten huoltajilta ja 8. luokkalaisilta itseltään. Tarkastelussa on joko fluorihammastahnaa tai fluoritabletteja tai molempia fluorivalmisteita käyttäneiden osuus.

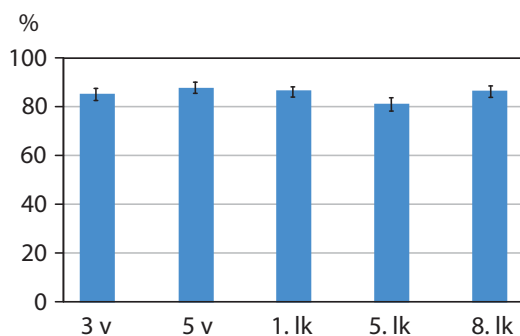
Lähes kaikki leikki-ikäiset ja kouluikäiset käyttivät joko fluorihammastahnaa tai fluoritabletteja. Ikäryhmien väliset erot olivat hyvin pieniä. Fluorivalmisteiden käytössä ei ollut eroja myöskään sukupuolten tai alueiden välillä.

Ksylitolivalmisteiden käyttö

Ksylitolivalmisteiden käyttö päivittäin syönnin jälkeen vähentää hampaiden reikiintymistä. Ksylitolivalmisteiden käytön vaikutus on todennäköisesti suurin ennen pysyvien hampaiden puhkeamista tai niiden puhkeamisen aikaan. (Karieksen hallinta: Käypä hoito -suositus 2009.)

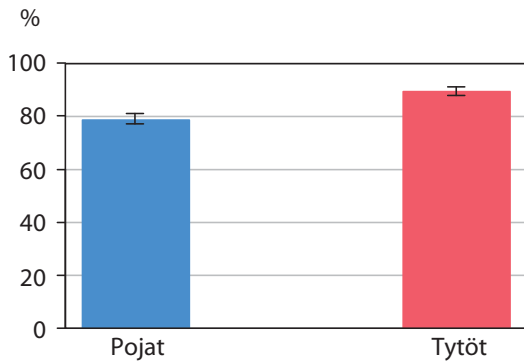
Tässä tutkimuksessa 3- ja 5-vuotiaiden sekä 1. ja 5. luokkalaisten huoltajilta kysyttiin käyttävätkö lapsi säännöllisesti kotona ksylitolivalmisteita. Kahdeksaluokkalaisten vastasivat itse kysymykseen. Kysymyksen alakohtia olivat purukumi, jossa on ksylitolia ja pastillit, joissa on ksylitolia. Tutkimuksessa tarkastellaan joko toiseen tai molempiin kysymyksiin vastausvaihtoehdon kyllä vastanneiden osuuksia.

Yli 80 % leikki- ja kouluikäisistä lapsista käytti säännöllisesti ksylitolivalmisteita. Ikäryhmien väliset erot olivat hyvin pieniä (kuvio 4.6.2.4).



Kuvio 4.6.2.4. Ksylitolivalmisteita säännöllisesti käyttävät ikäryhmittäin, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisten itse raportoima tieto.

Tytöillä ksylitolivalmisteiden säännöllinen käyttö oli yleisempää kuin pojilla. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. (Kuvio 4.6.2.5.) Äidin koulutuksella ei ollut yhteyttä lasten ksylitolituotteiden käyttöön.



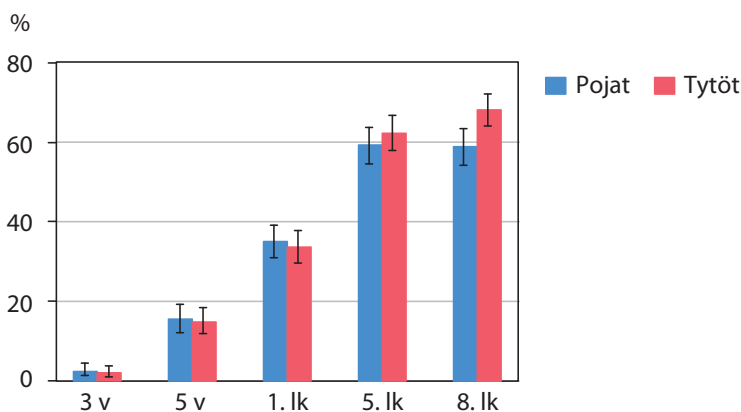
Kuvio 4.6.2.5. Ksylitolivalmisteita säännöllisesti käyttävät sukupuolittain, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Karies

Hammaskaries on yleisin suun sairaus. Kariuksen ehkäisyssä on tärkeintä puhdistaa suu ja hampaisto ja välttää sokeripitoista ravintoa. Myös fluoripitoiset hammas-tahnat ja ksylitolivalmisteiden käyttö edistävät hammasterveyttä. (Kariuksen hallinta: Käypä hoito -suositus 2009.)

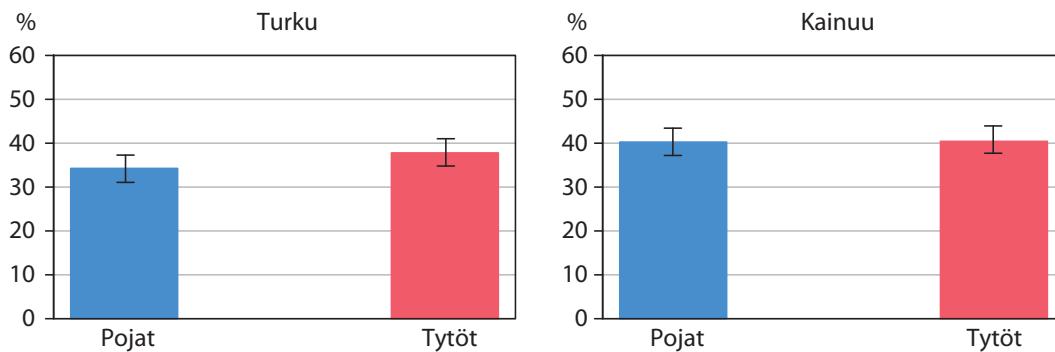
Leikki-ikäisten lasten ja 1. ja 5. luokkien oppilaiden huoltajilta kysyttiin onko lapsella todettu kariesta tai ollut reikiä hampaissa. Kahdeksaluokkalaiset nuoret vastasivat kysymykseen itse.

Hammaskaries oli sitä yleisempää, mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys (kuviot 4.6.2.6). Kolmevuotiailla hammaskaries oli vielä harvinaista, mutta viisivuotiaista noin 15 % oli hammaskariesta tai todettu reikiä hampaissa. Viides- ja kahdeksaluokkalaisista noin 60 %:lla oli hammaskariesta.



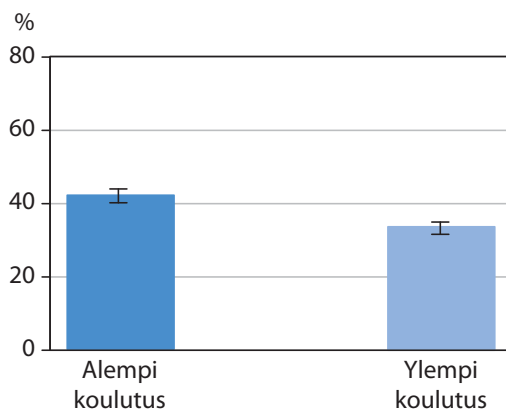
Kuvio 4.6.2.6. Todettu hammaskariesta tai reikiä hampaissa, ikäryhmittäin ja sukupuolittain, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Hammaskaries oli yläluokkalaisilla tytöillä yleisempää kuin pojilla, ero tyttöjen ja poikien välillä oli tilastollisesti merkitsevä kahdeksannen luokan oppilailla. (Kuvio 4.6.2.6.) Kainuussa pojilla hammaskaries oli hieman yleisempää kuin turkulaisilla pojilla. (Kuvio 4.6.2.7.)



Kuvio 4.6.2.7. Kariesta tai hampaissa reikiä Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Vähemmän opiskelleiden äitien lapsilla hammaskaries oli yleisempää kuin enemmän koulutettujen äitien lapsilla. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. (Kuvio 4.6.2.8.)



Kuvio 4.6.2.8. Kariesta tai hampaissa reikiä, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima, 5. lk vanhemman ja lapsen yhdessä raportoima, 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Johtopäätökset

Lasten hampaiden reikiintyminen on Suomessa edelleen yleinen ongelma. Tämän tutkimuksen mukaan hammaskaries oli sitä yleisempää mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys. Pienellä osalla leikki-ikäisistäkin oli jo reikiä hampaissa, mutta viides- ja kahdeksaluokkalaisista jopa 60 %:lla oli todettu hammaskariesta tai hampaiden reikiintymistä. Tulos vastaa aiempien tutkimusten tuloksia. Nordblad ym. (2004) tekemän selvityksen mukaan yli puolella 12-vuotiaista oli kariksen vaurioittamia hampaita.

Tämän tutkimuksen mukaan hammaskaries oli kahdeksaluokkalaisilla tytöillä hieman yleisempää kuin samanikäisillä pojilla. Tulos on ristiriidassa sukupuolten väliseen eroon hammashygieneiassa. Tytöt harjasivat hampaitaan suositusten mukaan ahkerammin kuin pojat ja käyttivät ksylitolituotteita yleisemmin kuin pojat. Tulosta voivat selittää tyttöjen ja poikien erilaiset ruokatottumukset (esim. makeisten syönti, napostelu) tai hammashoidossa käyntitiheys.

Hampaiden reikiintyminen on yleensä ehkäistävissä. Lasten ja lapsiperheiden suun terveyttä edistävän neuvonnan tehostamiselle on tarvetta. Lasten suun terveystarkastusten määrästä ja terveysneuvonnan sisällöstä on säädetty asetuksessa (VNA 338/2011). Suun terveydenhuollon ammattilaisten ja neuvolan ja kouluterveydenhuollon yhteistyö lasten suun terveyden edistämiseksi on ensiarvoisen tärkeää.

Lähteet

Karieksen hallinta (online). Käypä hoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009. Saatavissa internetistä: www.kaypahoito.fi (viitattu 18.3.2011).

Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J, Karhunen T. Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta vuoteen 2000. Stakes raportteja 178. Helsinki 2004.

4.6.3 Kahdeksasluokkalaisten päivittäinen tupakointi

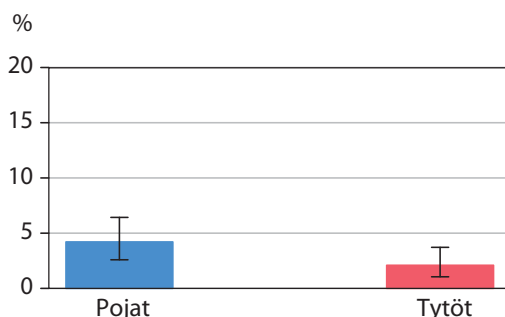
Hanna Ollila, Päivi Mäki ja Tiina Laatikainen

Tupakointi on keskeinen kansantautien riskitekijä, joka selittää yhdessä alkoholin kanssa noin puolet väestöryhmien välisistä terveyseroista (Palosuo ym. 2007). Tupakkakokeilut ja tupakoinnin aloittaminen sijoittuvat suomalaisnuorilla pääosin 13–15 -ikävuosiin. Vuonna 2011 joka viides 14–18 -vuotiaista nuoristamme tupakoi päivittäin. (Raisamo ym. 2011.) Oppilaitostyyppin mukaan tarkasteltaessa yläkoulu- lalaisista 15 prosenttia, lukiolaisista 11 prosenttia ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 40 prosenttia tupakoi päivittäin (Kouluterveyskysely 2010/2011).

Tupakoinnin aloittamiselle altistavat tekijät ovat perinnöllisiä, biologisia, psykisiä, sosiaalisia ja/tai ympäristöön liittyviä. Voimakkaimmin aloittamista ennustavat lähiympäristön tupakointi ja suhtautuminen tupakkatuotteiden käyttöön. Avainasemassa ovat vanhemmat, sisarukset ja vertaiset (Rose ym. 2009, Schepis ja Rao 2005).

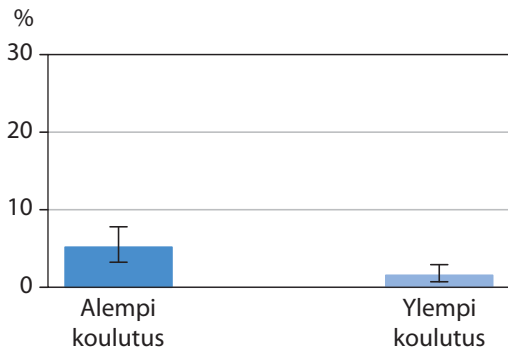
Tupakointi on indikaattori nuoren syrjäytymisvaarasta. Päivittäin tupakoivat 15–19-vuotiaat nuoret kärsivät vakavasta masennuksesta yli viisi kertaa todennäköisemmin kuin tupakoimattomat nuoret (Haarasilta ym. 2004). Tupakointi on yleistä erityisesti heikosti koulussa menestyvillä, lastensuojelulaitoksiin sijoitetuilla sekä vain peruskoulun suorittaneilla (Doku ym. 2010, Pennanen ym. 2011, Salomäki 2010). Varhaisen säännöllisen tupakoinnin on havaittu liittyvän myös koulumenestyksen heikkenemiseen (Pennanen ym. 2011). Nuoren elimistö on aikuisia herkempi nikotiinin vaikutuksille ja riippuvuus syntyy nopeasti (DiFranza ym. 2002, DiFranza ym. 2007, Poorthuis ym. 2009).

Tässä tutkimuksessa kahdeksasluokkalaisilta kysyttiin ovatko he koskaan polttaneet tupakkaa ja kuinka usein he tupakoivat tällä hetkellä. Koko aineistosta 29 % ilmoitti joskus polttaneensa tupakkaa. Pojista hieman suurempi osuus kuin tytöistä tupakoi päivittäin (4 % vs. 2 %) (kuvio 4.6.3.1). Satunnaistupakointi oli tässä ikäryhmässä yleisempää kuin päivittäistupakointi, erityisesti tytöillä. Pojista 5 % ja tytöistä 7 % ilmoitti tupakoivansa satunnaisesti.

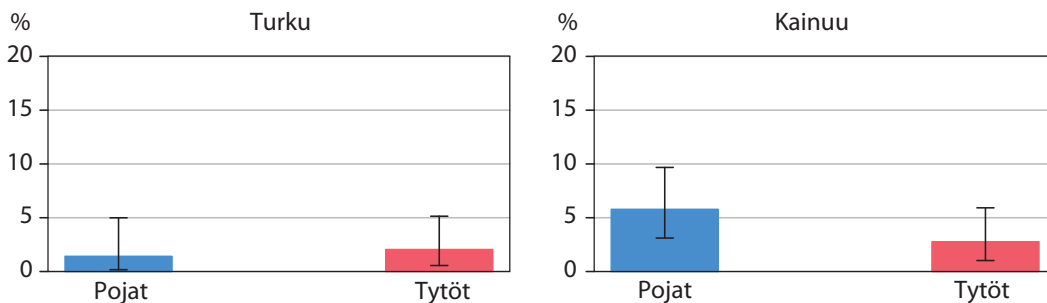


Kuvio 4.6.3.1. Tupakoi päivittäin, sukupuolittain, koko aineisto (%). 8./9. luokkalaisten itse raportoima tieto.

Perheissä, joissa kumpikaan vanhemmista ei tupakoinut päivittäin, 8./9. luokkalaisista lapsista tupakoi päivittäin 3 %. Perheissä, joissa molemmat vanhemmat tupakoivat, 8./9.luokkalaisista lapsista tupakoi päivittäin 8 %. Mikäli tarkasteluun otetaan mukaan myös satunnaisesti tupakoivat nuoret, on osuus tupakoimattomien perheiden 8./9. luokkalaisilla lapsilla 8 % ja tupakoivien perheiden lapsilla 17 %. Perheissä, joissa vain toinen vanhemmista tupakoi, oli tilanne samansuuntainen. Päivittäinen tupakointi oli yleisempää vähemmän koulutettujen äitien lapsilla (5 %) kuin enemmän koulutusta suorittaneiden äitien lapsilla (2 %) (kuvio 4.6.3.2). Satunnaistupakoinnin yleisyydessä ei ollut eroa äidin koulutuksen mukaan.



Kuvio 4.6.3.2. Tupakoi päivittäin, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.



Kuvio 4.6.3.3. Tupakoi päivittäin, Turussa ja Kainuussa (%). 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Kun tuloksia tarkastellaan alueittain, havaitaan, että tupakkaa joskus polttaneita oli Kainuussa enemmän kuin Turussa (30 % vs. 24 %). Kainuussa kahdeksaluokkalaisten poikien päivittäinen tupakointi oli yleisempää kuin samanikäisten turkulaisten poikien (kuvio 4.6.3.3). Tyttöjen päivittäisessä tupakoinnissa ei ollut yhtä selkeää alue-eroa kuin pojilla, mutta Kainuussa myös tyttöjen tupakointi oli hieman yleisempää kuin Turussa. Satunnaistupakoinnin yleisyydessä pojilla ei ollut alue-eroa, mutta tytöillä satunnaistupakointi oli yleisempää Kainuussa (10 %) kuin Turussa (5 %).

Johtopäätökset

Nuorten päivittäinen tupakointi ei ollut tässä tutkimuksessa yhtä yleistä kuin Kouluterveyskyselyssä. Kouluterveyskyselyssä nuoret vastaavat anonyymisti kyselylomakkeeseen, mutta tässä tutkimuksessa nuori täytti kyselylomakkeen terveystarkastuksen yhteydessä, jolla lienee vaikutusta tuloksiin. On myös huomioitava, että tässä tutkimuksessa vastaajista lähes kaikki olivat kahdeksaluokkalaisia, kun Kouluterveyskyselyssä on kattavasti sekä kahdeksas- että yhdeksäsluokkalaisia. Yhdeksäsluokkalaisista useampi on ehtinyt jo siirtyä säännölliseen tupakointiin, kun taas kahdeksaluokkalaisista moni on vielä tupakoinnin kokeiluvaiheessa.

Vanhempien tupakoinnin vaikutus lasten tupakointiin tuli esiin myös tässä tutkimuksessa. Lasten tupakointi oli yleisempää perheissä, joissa molemmat tai toinen vanhemmista tupakoi. Vanhempien, tässä tapauksessa äidin, alempi koulutustausta liittyi lasten päivittäisen tupakoinnin yleisyyteen. Satunnaistupakoinnin yleisyyteen vanhempien koulutustaustalla ei ollut vaikutusta. Muissa tutkimuksissa on havaittu nuoren oman koulumenestyksen olevan tässä iässä vanhempien sosioekonomista taustaa merkityksellisempi tekijä varhaiseen säännölliseen tupakointiin siirtymisessä (Doku ym. 2010).

Nuorten tupakoinnin vähentämisessä ensisijaista on tupakoinnin aloittamisen ehkäisy. Lakisääteisistä aloittamisen ehkäisyn keinoista olennaisia ovat sisä- ja ulkotilojen tupakointikiellot lasten ja nuorten kasvu- ja kehitysympäristöissä sekä tupakkatuotteiden hinnan ja mainonnan säätely (Brownson ym. 2006, Schepis ja Rao 2005). Tupakkatuotteiden myynti ja välittäminen alaikäisille tulee estää kuntatoimijoiden paikallisena ja seutukunnallisena yhteistyönä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja muiden nuorten kanssa toimivien tulee antaa selkeä tupakoimattomuuteen kannustava viesti. Terveyshaittojen vähentämisen näkökulmasta myös varhainen lopettamisen tuki tupakoiville nuorille on tärkeää. Tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn, tupakoinnin vähentämiseen ja lopettamiseen tähtäävän terveysneuvonnan tulee sisältyä lasta odottavien perheiden, alle kouluikäisten ja kouluikäisten lasten sekä opiskelijoiden ehkäiseviin palveluihin. Kouluterveydenhuollossa on tärkeää ottaa tupakointi puheeksi ikävaiheen huomioivalla tavalla ennen kuin nuori ehtii aloittaa tupakkakokeilut. Lapsilta ja nuorilta on hyvä kysyä myös passiivisesta tupakansavualetuksesta kotona. (Ollila ja Heloma 2011.)

Lähteet

Brownson RC, Haire-Joshu D, Luke DA. Shaping the context of health: A Review of Environmental and Policy Approaches in the Prevention of Chronic Diseases. *Annu Rev Public Health* 2006;27,341–70.

- DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, Coleman M, Wood C. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: The Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths (DANDY) Study. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 2002;156,397–403.
- DiFranza J, Savageau J, Fletcher K, O’Loughlin, Pbert L, Ockene J, McNeill A, Hazelton J, Friedman K, Dussault G, Wood C, Wellman R. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161,704–10.
- Doku D, Koivusilta L, Rainio S, Rimpelä A. Socioeconomic differences in smoking among Finnish adolescents from 1977 to 2007. *Journal of Adolescent Health* 2010;47(5),479–487.
- Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J, Aro H. Correlates of depression in a representative nationwide sample of adolescents (15–19 years) and young adults (20–24 years). *Eur J Public Health* 2004;14,280–5.
- Kouluterveyskysely 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa internetissä: www.thl.fi/kouluterveyskysely (viitattu 12.9.2011)
- Ollila H, Heloma A. Tupakointi. Kirjassa Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. toim. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 14/2011. Helsinki 2011.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. toim.: Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2007:23. Helsinki 2007.
- Pennanen M, Haukkala A, de Vries H, Vartiainen E. Longitudinal study of relations between school achievement and smoking behavior among secondary school students in Finland: results of the ESFA study. *Subst Use Misuse*. 2011;46(5), 569–79.
- Poorthuis RB, Goriounova NA, Couey JJ, Mansvelder HD. Nicotinic actions on neuronal networks for cognition: General principles and long-term consequences. *Biochem Pharmacol* 2009;7,668–76.
- Raisamo S, Pere L, Lindfors P, Tiirikainen M, Rimpelä A. Nuorten terveystapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2011:10. Helsinki 2011.
- Rose RJ, Broms U, Korhonen T, Dick DM, Kaprio J. Genetics of Smoking Behavior. Kirjassa Kim Y-K. toim. *Handbook of Behavior Genetics*. Springer Science+Business Media, LLC 2009.
- Salomäki S-M. Selvitys tupakoinnista lastensuojelulaitoksissa. Suomen Syöpäjärjestöt 2010.
- Schepis TS, Rao U. Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Curr Opin Pediatr* 2005;17,607–612.

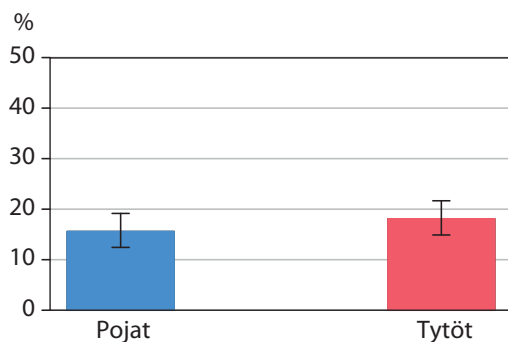
4.6.4 Kahdeksasluokkalaisten humalajuominen

Päivi Mäki

Alkoholi lisää lukuisia terveysongelmia. Liiallisesti alkoholia käyttävillä on kaksinkolminkertainen kuolemanvaara muuhun väestöön verrattuna. Alkoholiriippuvuus on keskeisin terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttava alkoholin aiheuttama sairaus (Aalto ja Seppä 2009). Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan itsensä humalaan vähintään kerran kuukaudessa juovien peruskoulun kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten osuus on pienentynyt 2000-luvulla, lukuun ottamatta vuosia 2004/2005. Vuosina 2000/2001 osuus oli 26 % ja vuoden 2010/2011 kyselyssä 15 %. (Luopa ym. 2010, Kouluterveyskysely 2011.)

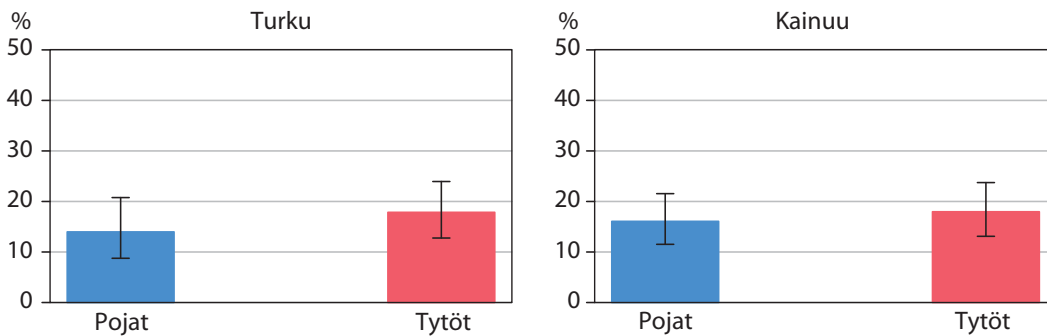
Tässä tutkimuksessa kahdeksasluokkalaisten täyttivät terveystarkastuksen yhteydessä kyselylomakkeen, jota käytettiin terveystarkastuksessa keskustelun ja terveysneuvonnan pohjana. Lomakkeessa kysyttiin, ovatko he koskaan kokeilleet alkoholia ja ovatko he koskaan juoneet alkoholijuomia niin paljon, että he olisivat olleet todella humalassa. Tässä raportissa tarkastellaan niitä nuoria, jotka olivat olleet todella humalassa vähintään kerran.

Hieman vajaa viidesosa nuorista oli ollut joskus todella humalassa. Sukupuolten tai alueiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa, mutta tytöistä hieman suurempi osuus kuin pojista oli joskus ollut todella humalassa (kuvio 4.6.4.1).



Kuvio 4.6.4.1. Ollut todella humalassa vähintään kerran, sukupuolittain, koko aineisto (%). 8./9. luokkalaisten itse raportoima tieto.

Niiden nuorten osuus, jotka olivat olleet vähintään kerran todella humalassa oli lähes yhtä suuri Turussa ja Kainuussa (kuvio 4.6.4.2). Humalajuominen oli sekä Kainuussa että Turussa tytöillä hieman yleisempää kuin pojilla.



Kuvio 4.6.4.2. Ollut todella humalassa vähintään kerran, sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%). 8./9. luokkalaisen itse raportoima tieto.

Kun tuloksia tarkasteltiin äidin koulutuksen mukaan, havaittiin, että vähemmän koulutettujen äitien nuorilla oli koko aineistossa ja Turussa humalakokemuksia hieman yleisemmin kuin enemmän koulutettujen äitien nuorilla, mutta vastaavaa eroa äidin koulutuksen mukaan ei ollut Kainuussa.

Nuorten humalajuomista tarkasteltiin myös suhteessa vanhempien AUDIT-pisteisiin. Niissä perheissä, joissa vanhempien AUDIT-pisteet olivat alle 8 (ei alkoholin liikakäytön riskiä), 10 % nuorista raportoi olleensa tosi humalassa ainakin kerran. Perheissä, joissa vähintään toisella vanhemmalla oli AUDIT-kyselyn pistemäärä kahdeksan tai enemmän (vähintään lievästi kasvanut alkoholin liikakäytön riski), noin viidesosa (21 %) nuorista raportoi olleensa tosi humalassa vähintään kerran.

Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen mukaan noin viidesosa nuorista oli juonut itsensä tosi humalaan vähintään kerran. Kyselylomakkeessa ei ollut erillistä ohjetta humalatilan arviointiin, vaan nuoret määrittelivät sen itse. Nuoret vastasivat alkoholin käyttöä koskeviin kysymyksiin terveystarkastuksen yhteydessä, jolla saattaa olla vaikutusta tulosten luotettavuuteen.

Terveystarkastuksilla ja koululääkäreillä on mahdollisuudet päihteidenkäyttöä koskevaan terveystarkastukseen, päihteidenkäytön tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen, koska lähes kaikki nuoret käyvät kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa. Kouluterveydenhuollossa nuorten alkoholin käyttöä voidaan arvioida käyttämällä Nuorten päihdemittaria (Adolescents' Substance Use Measurement, ADSUME) (Pirskanen 2007). ADSUME ja siihen liittyvä varhaisen puuttumisen toimintakaavio ja interventiosuositukset on tarkoitettu työvälineeksi nuoren päihteiden käytön arviointiin, puheeksi ottamiseen sekä päihdeettömyyttä edistävään terveystalkusteluun. Varhainen puuttuminen päihteiden käyttöön ja nuorelle annettava tuki voivat muuttaa nuoren päihteiden käyttöä ongelmakäytöstä kohti päihdeettömyyttä (Pirskanen 2011).

Humalajuominen oli yleisempää nuorilla, joiden vähintään toisella vanhemmal-

la oli AUDIT-pisteiden perusteella kasvanut alkoholin liikkakäytön riski. Neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa on tärkeää antaa vanhemmille tietoa siitä, miten lapset kokevat vanhempien alkoholin käytön ja mitä haittoja siitä voi lapselle aiheutua. Laajoissa terveystarkastuksissa vanhempien alkoholinkäyttö on hyvä ottaa puheeksi käyttäen apuna AUDIT-kyselyä. Kun alkoholin käytöstä kysytään kaikilta asiakasperheiltä, vältetään joidenkin asiakkaiden leimautumiselta riskiryhmään kuuluviksi (Aalto ja Mäki 2011).

Lähteet

- Aalto M, Mäki P. AUDIT-kysely. Kirjassa Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. toim. 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 14. Helsinki 2011.
- Aalto M, Seppä K. Alkoholin liikkakäyttö. Kirjassa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 5. Helsinki 2009.
- Kouluterveyskysely 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: www.thl.fi/kouluterveyskysely (viitattu 12.9.2011).
- Luopa P, Lommi A, Kinnunen T, Jokela J. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 20/2010. Helsinki 2010.
- Pirkanen M. Nuorten päihdemittari, ADSUME. Kirjassa Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. toim. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 14. Helsinki 2011.
- Pirkanen M. Nuorten päihteettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 140. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio 2007. Saatavissa internetistä: <http://www.uku.fi/vaitokset/2007/isbn978-951-27-0379-1.pdf>.

4.7 Vanhempien terveystottumukset

Risto Kaikkonen, Katja Wikström ja Tuovi Hakulinen-Viitanen

4.7.1 Vanhempien ylipaino ja lihavuus (BMI)

Aikuisväestön ylipaino ja lihavuus ovat lisääntyneet teollistuneissa maissa hälyttävästi kuluneiden vuosikymmenten aikana, myös Suomessa (WHO, Peltonen ym. 2008). Lihavien osuus Suomessa on jatkuvasti kasvanut ja lihavuuden merkitys kansanterveysongelmana on korostunut. Arvion mukaan lihavuuden hinta yhteiskunnalle on noin 260 miljoonaa vuodessa (Pekurinen 2006). Suomalaisten miesten lihavuus (BMI vähintään 30) on kaksinkertaistunut 1970-luvulta 2000-luvulle saavuttaessa ja se on yleistynyt edelleen 2000-luvulla. Naisilla lihavuuskehitys on ollut hieman miehiä hitaampaa, mutta samansuuntaista. Lihavuus on yleisempää alemmissa koulutusryhmissä kuin ylemmissä (Vartiainen ym. 2010). Ylipaino ja erityisesti lihavuus ovat merkittäviä riskitekijöitä monille pitkäaikaissairauksille, kuten sydän- ja verisuonitaudeille, tyypin 2 diabetekselle ja tuki- ja liikuntaelinsairauksille (WHO). Esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen sairastumisen riski on lihavilla jopa 10-kertainen verrattuna normaalipainoisiin (WHO). Osittain ylipainoisuuden ja lihavuuden taustalla ovat perinnölliset ja ympäristötekijät, mutta niihin vaikuttavat pääasiallisesti elintavat. Elintavat omaksutaan usein jo lapsuudessa, joten esimerkiksi vanhempien ruoka- ja liikuntatottumuksilla on keskeinen merkitys lapsen tottumusten muotoutumiselle.

LATE -tutkimuksessa kaikkien ikäryhmien tutkimuslomakkeilla kysyttiin molempien vanhempien pituutta ja painoa. Näistä laskettiin painoindeksi (Body Mass Index, BMI, kg/m^2) jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Puuttuvia tietoja esiintyi melko runsaasti johtuen siitä, että yhden huoltajan perheissä tai eroperheissä tieto toisen vanhemman pituudesta ja painosta oli usein jätetty vastaamatta. Aiempien väestötutkimusten perusteella tiedetään myös, että pituutta ja painoa koskevia tietoja jätetään täyttämättä niiden henkilökohtaisen luonteen vuoksi.

Taulukko 4.7.1.1. Neuvola- ja kouluikäisten lasten vanhempien BMI:n keskiarvo sekä ylipainoisten (BMI $25 \geq \text{kg/m}^2$) ja lihavien (BMI $30 \geq \text{kg/m}^2$) vanhempien osuus pilottiaineistossa, Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

	NLA pilotti	NLA Kainuu	NLA Turku	NLA Koko aineisto	KTH pilotti	KTH Kainuu	KTH Turku	KTH Koko aineisto
BMI, keskiarvo (kg/m^2)								
Äiti	24	25	24	25	25	25	25	25
Isä	26	27	26	26	26	27	26	26
BMI, taso (%)								
Äiti, ylipainoinen (BMI ≥ 25)	25	28	22	25	26	32	25	28
Äiti, lihava (BMI ≥ 30)	11	12	11	11	13	12	12	12
Äiti lihava tai ylipainoinen	36	40	33	36	39	44	37	40
Isä, ylipainoinen (BMI ≥ 25)	45	48	46	46	48	49	45	47
Isä, lihava (BMI ≥ 30)	14	16	12	14	11	15	15	14
Isä, lihava tai ylipainoinen	59	64	58	60	59	64	60	61

Naisilla BMI:n keskiarvo oli lähellä ylipainoisuuden rajaa ja miehillä vastaavasti keskiarvo ylitti ylipainoisuuden rajan kaikilla tutkimusalueilla. Korkein BMI:n keskiarvo oli kainuulaisvanhemmilla.

Tutkimuksessa havaitut BMI:n keskiarvot ovat hieman pienempiä kuin vastaavat arvot vuonna 2007 toteutetussa FINRISKI-tutkimuksessa (Peltonen ym. 2008). Tämä on osittain selitettävissä erilaisilla ikäjakaumilla tutkimusaineistoissa ja sillä, että LATE-tutkimuksessa tiedot perustuvat kysytyihin ja FINRISKI:ssä mitattuihin tietoihin.

Ylipainoisia (BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) oli äideistä joka neljäs ja lihavia (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) joka kymmenes. Yleisintä ylipainoisuus oli Kainuussa, missä neuvolaikäisten lasten äideistä ylipainoisia oli 28 % kun vastaavasti turkulaisäideistä ylipainoisia oli 22 %. Nämä alue-erot olivat nähtävissä myös kouluikäisten lasten äideillä. Äitien lihavuudessa ei ollut havaittavissa vastaavia alueiden välisiä eroja. Isistä ylipainoisia oli lähes puolet. Yleisintä isien ylipainoisuus oli Kainuussa, mutta alue-erot olivat äitien vastaavia eroja pienempiä. Isistä lihavia oli 12–16 % ja yleisintä lihavuus oli kainuulaisilla. Ylipainoisia ja lihavia yhtä aikaa tarkasteltaessa havaitaan, että kaikista äideistä liki 40 % ja isistä jopa 61 % oli vähintään ylipainoisia. Tutkimuksessa havaittiin myös alueellisia eroja; kainuulaisäideistä hieman yli 40 % oli vähintään ylipainoisia, kun turkulaisäideistä ylipainoisia oli noin 35 %. Vastaavasti kainuulaisista 64 % oli vähintään ylipainoisia, kun vastaava osuus oli Turussa noin 59 %.

Taulukko 4.7.1.2. Ylipainoiset ja lihavat vanhemmat, vanhemman oman koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

	Alempi koulutusryhmä	Ylempi koulutusryhmä	Yhteensä
Äidit, ylipainoisia tai lihavia (%)	45	33	38
Isät, ylipainoisia tai lihavia (%)	65	56	61

Kun tarkastellaan ylipainon ja lihavuuden yleisyyttä vanhemman koulutuksen mukaan havaitaan, että niiden välillä oli selkeä yhteys. Tutkimusaineistossa äideistä luokiteltiin ylipainoisiksi tai lihaviksi kaikkiaan noin 38 %. Vähintään ylipainoisia oli enintään ammatillisen tutkinnon suorittaneista (koulutus alempi) äideistä 45 % ja vähintään opistotasaisen tutkinnon suorittaneista äideistä 33 %. Kaikista isistä jopa 61 % luokiteltiin vähintään ylipainoiseksi. Ammatillisen tutkinnon suorittaneista vähintään ylipainoisia oli 65 % ja vähintään opistotasaisen tutkinnon suorittaneista 56 %.

4.7.2 Vanhempien liikuntatottumukset

Vanhempien liikuntatottumukset toimivat esimerkkinä lasten totumuksille. Liikunta edistää perheiden hyvinvointia ja vanhempien terveyttä monipuolisesti. Sen on osoitettu vaikuttavan myönteisesti kroonisten tautien riskitekijöihin, painonhallintaan sekä myös mielialaan. Nyky-yhteiskunnassa liikkuminen enenevässä määrin autoilla ja muun muassa työn kuormittavuuden vähentyminen korostavat hyötyliikunnan ja vapaa-ajan liikunnan merkitystä. Aikuisten liikuntasuosituksessa aikuisväestölle suositellaan päivittäin vähintään 30 minuuttia kohtuullisen kuormittavaa kestävyysliikuntaa, kuten reipasta kävelyä (kevyen työn liikuntaa ei lasketa mukaan). (Aikuisten liikunta: Käypä hoito -suositus 2010.)

LATE-tutkimuksessa kysyttiin kuinka usein vanhemmat harrastavat vapaa-ajalla liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että he ainakin lievästi hengästyvät ja hikoilevat. Tarkastelussa ovat vähintään 2–3 kertaa viikossa ja harvemmin kuin kerran viikossa (liikuntaa harrastamattomat) raportoineiden osuudet.

Taulukko 4.7.2.1. Neuvola- ja kouluikäisten lasten vanhempien vapaa-ajan liikunnan harrastaminen vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästyy ja hikoilee, pilottiaineistossa, Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

	NLA pilotti	NLA Kainuu	NLA Turku	NLA Koko aineisto	KTH pilotti	KTH Kainuu	KTH Turku	KTH Koko aineisto
Vähintään 2–3 krt/vko (%)								
Äidit	61	65	52	59	66	73	59	66
Isät	55	60	50	55	56	61	54	57
Liikuntaa harrastamattomat (%)								
Äidit	15	13	22	17	13	11	18	14
Isät	19	14	23	19	16	16	18	17

Tutkimukseen osallistuneista neuvolaikäisten lasten äideistä 59 % ja kouluikäisten lasten äideistä 66 % harrasti vähintään 2–3 kertaa viikossa ainakin puoli tuntia kerrallaan kestävää, hikoiluttavaa liikuntaa. Isät harrastivat liikuntaa äitejä hieman harvemmin: neuvolaikäisten lasten isistä 55 % ja kouluikäisten lasten isistä 57 % harrasti vähintään 2–3 kertaa viikossa ainakin puoli tuntia kerrallaan reipasta liikuntaa. Lapsen iällä oli selvempi yhteys äitien liikunnan harrastamisen yleisyyteen kuin isien. Kainuulaisvanhemmista suurempi osa kuin turkulaisvanhemmista harrasti liikuntaa vähintään 2–3 kertaa viikossa. Neuvolaikäisten lasten vanhemmilla alueiden välillä oli noin 10 prosenttiyksikön ero. Kouluikäisten lasten vanhemmilla ero oli samaa suuruusluokkaa. Liikuntaa harrastamattomia (harvemmin kuin keran viikossa raportoineet) oli neuvolaikäisten lasten vanhemmista liki joka viides (äideistä 17 % ja isistä 19 %) ja kouluikäisten lasten äideistä 14 % ja isistä 17 %. Turkulaisvanhemmista selvästi suurempi osuus kuin kainuulaisvanhemmista raportoi, että ei harrasta liikuntaa. Ero oli liki kaksinkertainen.

Koko aineistoa tarkasteltaessa tutkimukseen osallistuneiden vanhempien liikuntatottumukset eivät poikenneet vuonna 2007 AVTK-kyselyyn osallistuneiden 25–34- ja 35–44-vuotiaiden liikuntatottumuksista lukuun ottamatta AVTK-kyselyyn osallistuneita 25–34-vuotiaita miehiä, jotka harrastivat vapaa-ajan liikuntaa useammin kuin tähän tutkimukseen osallistuneet (Helakorpi ym. 2008).

Taulukko 4.7.2.2. Vanhempien vapaa-ajan liikunnan harrastaminen vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästyy ja hikoilee vanhemman oman koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

	Alempi koulutusryhmä	Ylempi koulutusryhmä
Vähintään 2–3 krt./vko (%)		
Äidit	61	63
Isät	52	58
Liikuntaa harrastamattomat (%)		
Äidit	16	15
Isät	19	17

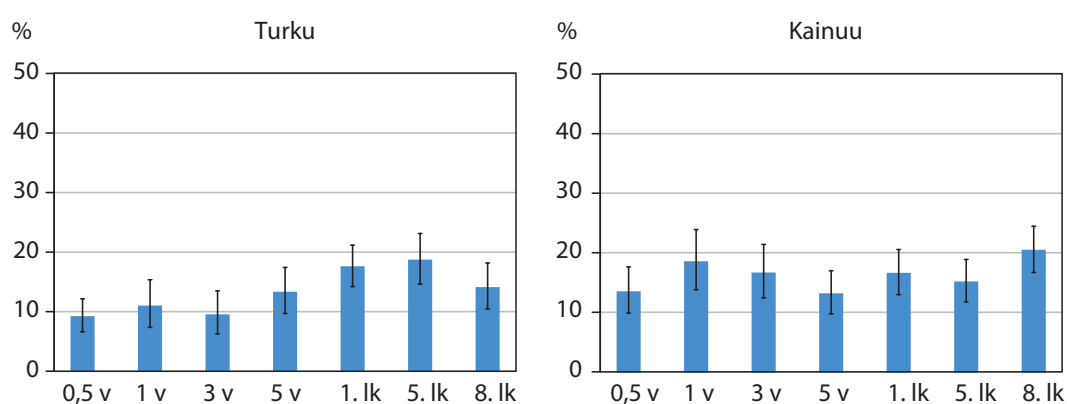
Äidin koulutuksella ja liikunnan harrastamisella ei havaittu olevan yhteyttä tässä tutkimuksessa vähintään 2–3 kertaa viikossa harrastavien kuin liikuntaa harrastamattomienkaan osuuksia tarkasteltaessa. Isillä vähintään 2–3 kertaa viikossa liikuntaa harrastavien osuus oli vähintään opistotasaisen tutkinnon suorittaneilla (ylempi) 58 % ja enintään ammatillisen tutkinnon (alempi) suorittaneilla 52 %. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Koko väestöä tarkasteltaessa koulutusryhmittäinen ero kuitenkin on havaittavissa liikuntaa harrastamattomilla (www.terveytemme.fi).

4.7.3 Vanhempien tupakointi

Päivittäinen tupakointi

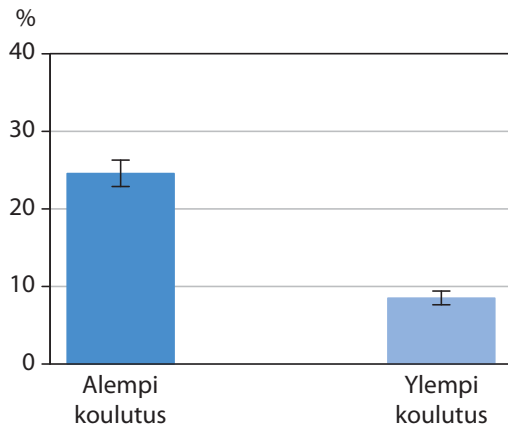
Tupakointi on vakavien sairauksien kuten keuhkosityövän, keuhkohtaumataudin ja valtimosairauksien tärkein poistettavissa oleva syy. Tupakoinnin lopettaminen on yksi merkittävimmistä terveyttä edistävästä päätöksistä. Riski sairastua tupakasta aiheutuviin sairauksiin vähenee nopeasti tupakoinnin lopettamisen jälkeen. Äidin tupakoinnista lapselle aiheutuva haitta liittyy passiiviseen tupakointiin (lapselle aiheutuvat terveydelliset haitat) ja roolimalliin, joka sallii tupakoinnin.

Huoltajan kyselylomakkeessa kysyttiin tupakoiko lapsen äiti ja isä. Tarkastelussa ovat päivittäin tupakoivat. Osuuksille on laskettu binomijakaumaan perustuvat eksaktit 95 %:n luottamusvälit.



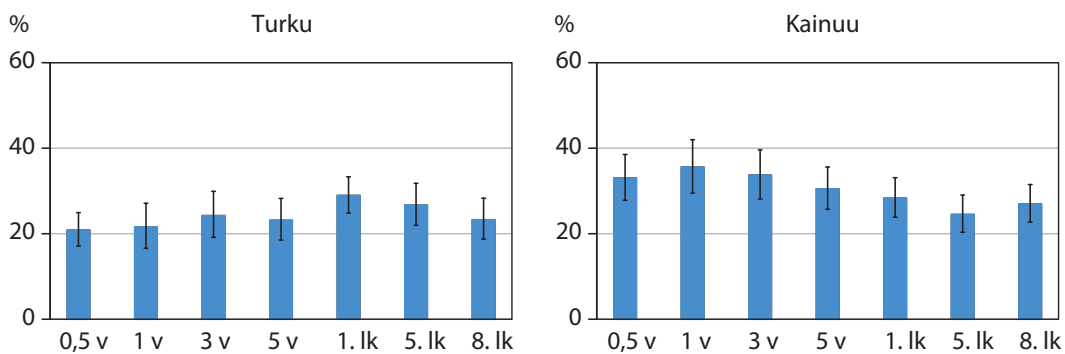
Kuvio 4.7.3.1. Päivittäin tupakoivat äidit, lapsen iän mukaan Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportointitieto.

Koko aineistossa noin 15 % äideistä tupakoi päivittäin. Kainuulaisäitien päivittäinen tupakointi oli hieman turkulaisäitejä yleisempää. Koko aineistoa tarkasteltaessa havaitaan, että kouluikäisten lasten äitien tupakointi oli hieman neuvolaikäisten lasten äitien tupakointia yleisempää. Tupakoinnin yleisyys LATE-tutkimukseen osallistuneilla äideillä oli samaa tasoa kuin vastaanvanikäisessä väestössä keskimäärin (Helakorpi ym. 2011).



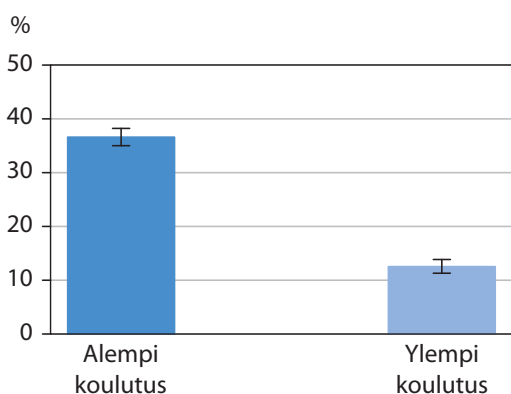
Kuvio 4.7.3.2. Päivittäin tupakoivat äidit, koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Äidin koulutuksella ja päivittäisellä tupakoinnilla oli selkeä yhteys. Joka neljäs vähemmän opiskellut (enintään ammatillinen koulutus) ja vastaavasti harvempi kuin joka kymmenes pidempään opiskellut (vähintään opistotason koulutus) äiti tupakoi päivittäin.



Kuvio 4.7.3.3. Päivittäin tupakoivat isät, lapsen iän mukaan Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

Koko aineistoa tarkasteltaessa havaitaan, että noin 27 % isistä tupakoi päivittäin. Turkulaisista noin 24 % ja kainuulaisista noin 30 % tupakoi päivittäin. Lapsen ikä ei näytä vaikuttavan isien päivittäiseen tupakointiin. Tupakoinnin yleisyys LATE-tutkimukseen osallistuneilla isillä on muutaman prosenttiyksikön yleisempää kuin vastaavikäisessä väestössä keskimäärin (Helakorpi ym. 2010).



Kuvio 4.7.3.4. Päivittäin tupakoivat isät koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Myös isän koulutuksella ja päivittäisellä tupakoinnilla oli selkeä yhteys. Vähintään opistotasoisien tutkinnon suorittaneista isistä hieman useampi kuin joka kymmenes tupakoi, kun vastaavasti enintään ammatillisen tutkinnon suorittaneista isistä tupakoi useampi kuin joka kolmas.

Vähintään toinen vanhemmista tupakoi

Tutkimukseen osallistuneissa neuvolaikäisten lasten perheissä 31 %:ssa vähintään toinen vanhemmista tupakoi ja vastaavasti kouluikäisten lasten kohdalla 32 %. Äidin koulutuksella oli selkeä yhteys vanhempien tupakointiin. Perheissä, missä äidillä oli matalampi koulutus, 46 %:ssa tupakoitiin kun korkeammin koulutettujen äitien perheissä vastaava luku oli yli puolet pienempi (22 %).

Molemmat vanhemmat tupakoivat

Tutkimukseen osallistuneissa neuvola- ja kouluikäisten lasten perheissä 9 %:ssa molemmat vanhemmat tupakoivat päivittäin. Äidin koulutuksella oli selkeä yhteys vanhempien tupakointiin. Perheissä, missä äidillä oli matalampi koulutus, 16 %:ssa molemmat vanhemmat tupakoivat kun korkeammin koulutettujen äitien perheissä vastaava luku oli kolme kertaa pienempi (5 %).

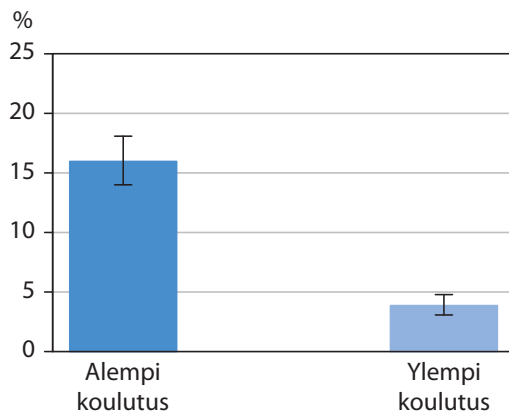
Äidin raskaus- ja imetysajan tupakointi

Äidin raskauden aikainen tupakointi lisää merkittävästi sikiön kasvuhäiriön, ennenaikaisen synnytyksen ja istukan ennenaikaisen irtoamisen vaaraa. Raskausaikana tupakoineiden äitien lapset ovat alttiimpia hengitystieinfektioille ja astma on heillä yleisempää. Altistus tupakansavulle jo sikiöaikana on riski myös lapsen käytös- ja psyykkisille häiriöille, kuten lapsen ylivilkkäudelle. (Ananth ja Cnattingius 2007, Tikkanen 2008, Stroud ym. 2009.)

Äidin imetysajan tupakointi on yhteydessä äidinmaidon määrään ja laatuun sekä lapsen koliikkiin ja ärtyisyyteen. Tupakoivan äidin rintamaito sisältää riippuvuutta aiheuttavaa nikotiinia. Myös vauvan altistuminen tupakansavulle on merkittävä terveysriski. Tupakoivan äidin vauvalla on suurentunut riski muun muassa hengitystieinfektioihin, korvatulehduksiin ja hengenahdistukseen. (Canivet ym. 2008, Järvenpää 2009.)

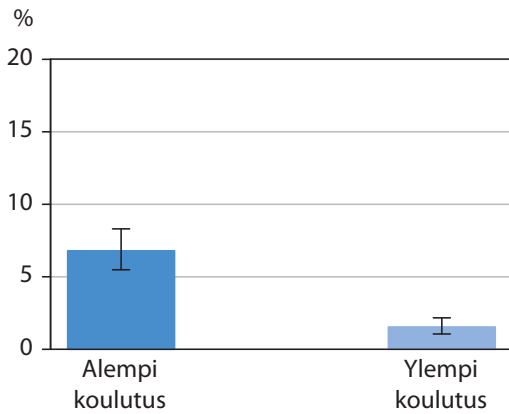
Tarkastelussa ovat äidit, jotka ovat raportoineet tupakoineensa odotusaikana raskauden ensimmäisen kolmanneksen jälkeen ja äidit, jotka ovat tupakoineet säännöllisesti imetysaikana. Kysymykset esitettiin kaikille tutkimukseen osallistuneiden neuvolaikäisten lasten äideille. Osuuksille on laskettu binomijakaumaan perustuvat eksaktit 95 %:n luottamusvälit.

Koko aineistoa tarkasteltaessa havaitaan, että noin 9 % äideistä raportoi tupakoineensa tutkimukseen osallistuneen lapsensa raskausaikana. Raskausajan tupakoinnissa ei havaittu eroja Kainuun ja Turun välillä. Sen sijaan tupakointi raskauden ensimmäisen kolmanneksen jälkeen oli selvästi yhteydessä äidin koulutustasoon. Enintään ammatillisen tutkinnon suorittaneista äideistä jopa nelinkertainen osuus (16 % vs. 4 %) tupakoi raskausaikana verrattuna vähintään opistotasaisen tutkinnon suorittaneisiin.



Kuvio 4.7.3.5. Raskausaikana säännöllisesti tupakoineet äidit, koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Imetysaikana äideistä noin 4 % raportoi tupakoineensa säännöllisesti. Kainuun ja Turun välillä ei imetysajan tupakoinnissa havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Kainuulaisäitien imetysajan tupakointi oli kuitenkin hieman yleisempää turkulaisäiteihin verrattuna. Sen sijaan äidin koulutuksella ja imetysajan tupakoinnilla oli selkeä yhteys.



Kuvio 4.7.3.6. Imetysaikana säännöllisesti tupakoineet äidit koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Vähintään opistotasoisien tutkinnon suorittaneista äideistä 1,5 % ja vastaavasti enintään ammatillisen tutkinnon suorittaneista äideistä jopa yli nelinkertainen osuus (6,8 %) raportoi tupakoineensa imetysaikana säännöllisesti.

4.7.4 Lasten altistuminen tupakansavulle

Yhteiskunnan muuttuminen passiivista tupakointia hylkiväksi on tuottanut tulosta. Tupakansavu on määritelty myrkylliseksi ja sille altistuminen on ymmärretty olevan erityisen haitallista lapsille. Tupakointi onkin nyttemmin siirtynyt pois kodin ja työpaikan sisätiloista, joissa muut voivat altistua sen haitallisille ainesosille. Suomalainen tupakkalaki on asteittain kiristynyt erityisesti 1990-luvulta.

Tupakkalakiuudistukset ja väestön tietotason kasvaminen ovat johtaneet tilanteeseen, jossa tähän tutkimukseen osallistuneista neuvolaikäisistä lapsista 99,9 % ei altistunut kotonaan eikä muuallakaan tupakansavulle. Kouluikäisistä 98,3 % ei kotonaan altistunut tupakan savulle, mutta heistä kuitenkin vielä noin 4 % altistui kodin ulkopuolella tupakan savulle vähintään tunnin päivässä. Äidin koulutuksella ja lapsen altistumisella ei havaittu olevan merkitsevää yhteyttä.

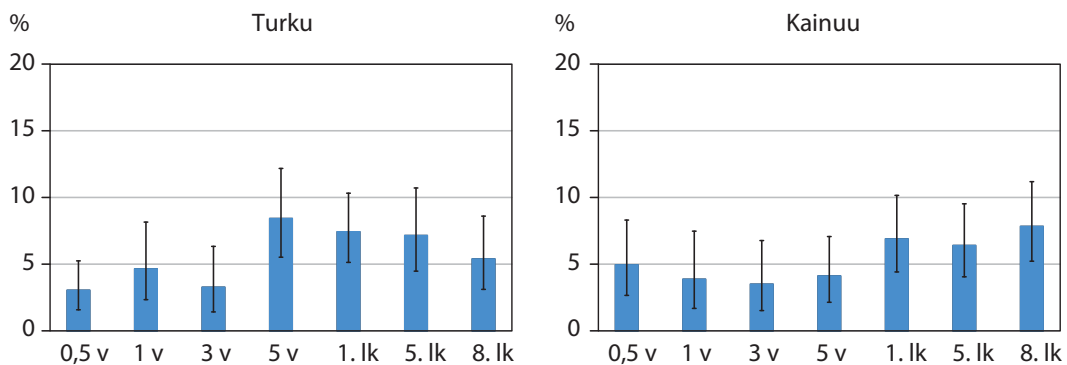
4.7.5 Vanhempien alkoholin käyttö

Vanhempien runsas alkoholin käyttö on riskitekijä lapsen tasapainoiselle kasvulle ja kehitykselle, koska alkoholin käyttö haittaa huolenpitoa ja hoivaa, varhaista vuorovaikutusta sekä kiintymyssuhteen kehitystä (Pajulo ja Kalland 2006, STM 2011). Runsaan alkoholin käytön aiheuttama haitta voi näkyä lapsen elämässä myös roolimallina, joka tekee runsaasta alkoholin käytöstä hyväksyttävää. Alkoholin aiheuttamien terveysongelmien määrän tiedetään olevan suorassa suhteessa alkoholin kokonaiskulutukseen. Alkoholin runsas käyttö lisää sairastavuutta ja pahentaa monien sairauksien oireita. Alkoholin kokonaiskulutus ja vakavimmat alkoholi-

haitat näkyvät lopulta kuolleisuudessa. Alkoholiiin liittyvät kuolemansyyt ovat viimevuosina olleet työikäisten yleisin kuolemansyy.

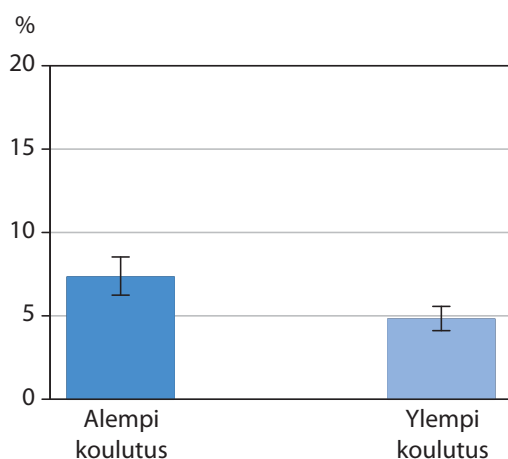
Vanhempien alkoholin käyttöä kysyttiin 10 kysymyksen AUDIT-kyselyllä. Äitejä ja isiä pyydettiin täyttämään omat AUDIT-lomakkeensa. Alkoholihaittojen riski luokiteltiin seuraavasti: 0 pistettä: ei riskiä, 1–7: vähäiset, 8–10: lievästi kasvanut, 11–14: selvästi kasvanut, 15–19: suuret ja 20–40: erittäin suuret riskit. AUDIT-kyselyn yhteispistemäärä laskettiin summana kymmenestä eri tavoin pisteytetystä kysymyksestä. Vain sellaiset lomakkeet, joissa kaikkiin kysymyksiin oli vastattu, huomioitiin.

Tarkastelussa on niiden äitien ja isien osuudet, joilla on vähintään lievästi kasvanut alkoholihaittojen riski (8 pistettä tai enemmän). Osuuksille on laskettu binomijakaumaan perustuvat eksaktit 95 %:n luottamusvälit.



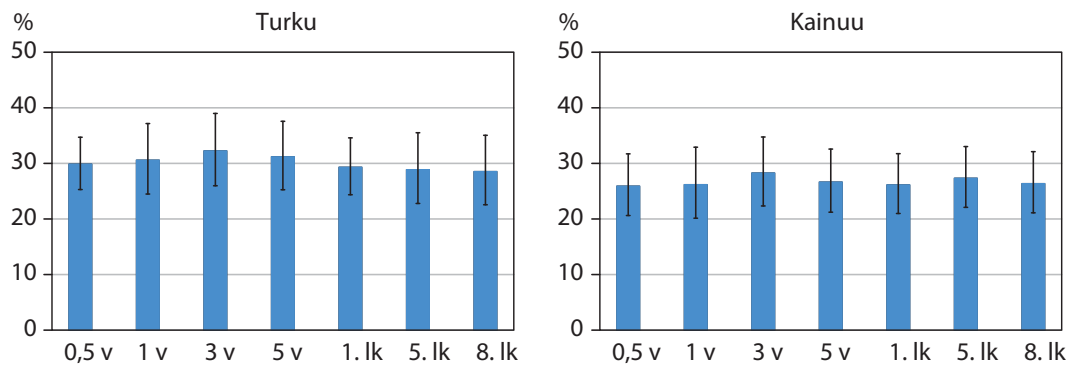
Kuvio 4.7.5.1. Äidillä vähintään lievästi kasvanut alkoholihaittojen riski, lapsen iän mukaan Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

Tutkimukseen osallistuneista äideistä 6 % käytti alkoholia siinä määrin, että alkoholihaittojen riski oli kasvanut vähintään lievästi. Neuvolaikäisten lasten äideillä alkoholin liikakäyttö oli kouluikäisten lasten äitejä harvinaisempaa. Kainuun ja Turun välillä ei havaittu eroa.



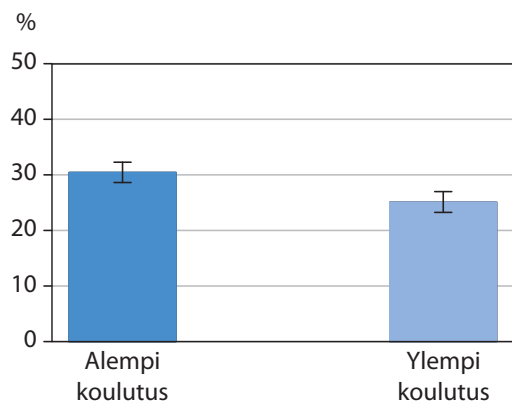
Kuvio 4.7.5.2. Äidillä vähintään lievästi kasvanut alkoholihaittojen riski, koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Äidin koulutuksella ja vähintään lievästi kasvaneilla alkoholihaittojen riskillä oli yhteys. Vähintään opistotason tutkinnon suorittaneista äideistä 4,8 % raportoi alkoholin liikkakäyttöä (AUDIT-10) kun enintään ammatillisen tutkinnon suorittaneilla vastaava luku oli 7,3 %. Ero oli tilastollisesti merkitsevä.



Kuvio 4.7.5.3. Isällä vähintään lievästi kasvanut alkoholihaittojen riski lapsen iän mukaan, Turussa ja Kainuussa (%). Vanhemman raportoima tieto.

Tutkimukseen osallistuneista isistä 28 % raportoi alkoholikäyttöään siten, että AUDIT-10 mittarin mukaan heidän alkoholihaittojensa riski oli vähintään lievästi kasvanut. Turkulaisisien alkoholin liikkakäyttö näytti olevan hieman yleisempää kuin kainuulaisisien. Tämä vastaa työikäisen väestön vastaavaa alueellista eroa Turun ja Kainuun välillä (Kaikkonen ym. 2010).



Kuvio 4.7.5.4. Isällä vähintään lievästi kasvanut alkoholihaittojen riski koulutuksen mukaan, koko aineisto (%). Vanhemman raportoima tieto.

Liki joka kolmas enintään ammatillisen tutkinnon suorittanut ja noin joka neljäs pidempään opiskellut isä käytti alkoholia siten, että alkoholihaittojen riski oli vähintään lievästi kasvanut. Myös isillä ero koulutusryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä.

Johtopäätökset

Suomalaisten neuvola- ja kouluikäisten lasten vanhemmat olivat tutkimuksen mukaan huomattavan ylipainoisia ja lihavia: 40 % äideistä ja 60 % isistä oli vähintään ylipainoisia. Äideistä lihavia oli 12 % ja isistä 14 %. Vanhempien koulutus oli yhteydessä ylipainoon ja lihavuuteen. Vähemmän opiskelleiden painoindeksi (Body Mass Index, BMI) oli yleisemmin vähintään 25kg/m², mikä on ylipainoisuuden alaraja. Vähintään ylipainoisia oli enintään ammatillisen tutkinnon suorittaneista isistä jopa 65 % ja äideistä 45 %.

Ylipainon ja lihavuuden ehkäisyssä kaikille vanhemmille suunnattu terveysneuvonta lapsen odotusaikana ja lapsen syntymän jälkeen on tärkeää. Odotusaika on otollinen jakso elämässä elintapamuutosten tekemiseen. Ensimmäisen lapsen kohdalla muutosten tekeminen saattaa olla helpompaa, kun lapsen syntyminen muuttaa perheen elämää. Lapset myös oppivat vanhemmiltaan mallin terveystottumuksista, esim. lasten ruokamieltymysten ja -tottumusten muodostumisen kannalta varhaiset kokemukset ovat ratkaisevan tärkeitä. Ylipaino- ja lihavuusongelman torjumiseksi on tärkeää keskustella elintavoista ja ruoka- ja liikuntatottumuksista lasten ja heidän perheidensä kanssa ja kohdentaa neuvontaa vähemmän koulutettuihin ja tällöin useammin myös työntekijäammateissa toimiviin väestöryhmiin.

Vähemmän opiskelleiden vanhempien mahdollisuudet ylläpitää säännöllistä liikkumista saattaa usein olla rajoitetumpia kuin korkeammin koulutettujen. Vanhemmista liki joka viides ei harrastanut lainkaan liikuntaa. Isillä ja äideillä ei havaittu kovin merkittävää eroa liikunnan harrastamisen ja koulutuksen välillä. Tällöin suuremmassa roolissa ylipainoon johtavana tekijänä on ollut oletettavasti ravitsemus ja muut tekijät, kuten uni. Perheiden valintoihin voidaan vaikuttaa yhteiskuntapoliittisin päätöksin muun muassa erilaisin tulosiirroin, lapsilisin, verotusta keventämällä tai toisaalta kiristämällä, kuten sokeriverolla. Lihavuuden yhteiskunnalliset kustannukset tulee ottaa vakavasti, koska niiden voidaan olettaa lisääntyvän tulevaisuudessa. Lihavuus on keskeisimpiä riskitekijöitä monille väestön terveyttä ja hyvinvointia heikentäville sairauksille, joiden tiedetään myös olevan yleisempiä vähemmän opiskelleilla.

Vanhempien tupakointi on edelleen yleistä. Äideistä 15 % ja isistä 27 % tupakoi päivittäin. Raskausaikana äideistä tupakoi ensimmäisen kolmanneksen jälkeen 9 % ja imetysaikana 4 %. Kolmasosassa perheistä vähintään toinen vanhemmista tupakoi päivittäin. Lähes puolet alemman (enintään ammatillinen koulutus) koulutusryhmän lapsista elää perheessä, jossa ainakin toinen vanhemmista tupakoi. Vähemmän opiskelleiden äitien tupakoinnissa oli etenkin raskaus- ja imetysaikana jopa nelinkertaiset erot verrattuna pidempään opiskelleisiin. Isien päivittäisessä tupakoinnissa havaittiin kolminkertainen ero vähemmän koulutettujen ja korkeammin koulutettujen välillä. Vanhempien tupakointi on selvästi yleisempää eri elämänvaiheissa vähemmän opiskelleilla. Tällöin tupakoinnin vähentämiseen liittyvissä toimissa tulisi entistä pontevammin huomioida niiden vaikutukset näihin

ryhmiin. Esimerkiksi tupakkaverotusta kiristämällä ja korvaushoitomahdollisuuksien laajentamisella ja sen saavutettavuutta helpottamalla voidaan olettaa saatavan suotuisia vaikutuksia. Neuvolassa tulee säädösten mukaisesti tarjota aktiivisesti terveysneuvontaa molemmille vanhemmille (STM 2009, VNA 338/2011). Tätä kautta voi tupakoinnin torjunnassa löytyä perheitä palvelevia ratkaisuja. Lainsäädännöllä on saatu vaikutettua merkittävästi siihen, että lapsistamme vain muutamia prosentteja altistuu päivittäin tupakansavulle eri kehitysympäristöissään.

Alkoholin liikakäyttö on perheissä yleistä. Äideistä 6 % ja isistä jopa 28 % käytti alkoholia niin, että heidän alkoholikäytön aiheuttaman riskin voi sanoa olevan vähintään lievästi kasvanut. Vanhempien koulutuksella ja alkoholin liikakäytöllä havaittiin yhteys. Vähemmän opiskelleet käyttivät hieman yleisemmin liikaa alkoholia, mutta erityisesti alkoholin haittavaikutukset ja lopulta alkoholikuolemat ovat merkittävästi yleisempiä vähemmän opiskelleilla. Alkoholiverotuksella on suuri vaikutus alkoholinkäyttöön. Väestön tietoisuutta päihteiden käytön terveyshaitoista kannattaa edelleen lisätä. Lisäksi asian puheeksi ottamisella on suuri merkitys. Erityisesti työterveyshuollossa, neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa vanhempien alkoholinkäyttö on otettava aktiivisesti puheeksi ja keskusteltava myös vanhempien päihteiden käytöstä lapsille koituvista haitoista. (STM 2011.)

Neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa on valtioneuvoston asetuksen (338/2011, ent. 380/2009) mukaan tarjottava terveysneuvontaa molemmille vanhemmille. Yksilöllinen terveysneuvonta sisältyy neuvolan ja kouluterveydenhuollon määräämisiin terveystarkastuksiin ja perhevalmennukseen sekä kotikäynteihin. Uutena palvelumuotona laajat terveystarkastukset mahdollistavat koko perheen terveystottumuksiin paneutumisen ja tuen tarpeiden tunnistamisen sekä tuen kohdentamisen sitä tarvitseville mahdollisimman varhain. Tuen tarpeiden ja huolen aiheiden perusteella perheelle tarjotaan lisäkäyntejä esimerkiksi terveysneuvontaa ja seuranta varten. Terveysneuvonnan on perustuttava ajantasaiseen tietoon. Tämän edellyttää neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien ja lääkäreiden säännöllistä täydennyskoulutusta.

Lähteet

- Aikuisten liikunta. Käypä hoito. 8.11.2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä.
- Ananth CV, Cnattingius S. Influence of maternal smoking on placental abruption in successive pregnancies: A population-based prospective cohort study in Sweden. *American Journal of Epidemiology* 2007;166,289–95.
- Canivet CA, Ostergren Po, Jakobsson IL, Dejin-Karlsson E, Hagander BM. Infantile colic, maternal smoking and infant feeding at 5 weeks of age. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008;36(3),284–91.

- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystäyttyminen ja terveys, kevät 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2/2009. Helsinki 2009.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystäyttyminen ja terveys, kevät 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2011. Helsinki 2009.
- Kaikkonen R, Virtala E, Härkänen T, Sippola R, Koskela T, ATH-työryhmä. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen vuoden 2010 perustulokset. Verkkojulkaisu: www.terveytemme.fi/ath. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.
- Pekurinen M. Lihavuus, terveysmenot ja sosiaaliturva Suomessa 2004. Esitelmä Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemian konsensuskokouksessa 2005: »Lihavuus - painavaa asiaa painosta», 24.–26.10.2005 Hanasaaren kulttuurikeskus, Espoo.
- Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Peltomäki P, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M, Vartiainen E. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B34/2008. Helsinki 2008.
- Pajulo M, Kalland M. Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparioiden hoidossa. Duodecim 2006;122,2603–11.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20. Helsinki 2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:14. Helsinki 2011.
- Stroud L, Paster RL, Papandonatos GD, Naura D, Salisbury A, Battle C, Lagasse L, Lester B. Maternal smoking during pregnancy and newborn neurobehavior: Effects at 10 to 27 days. *Journal of Pediatrics* 2009;154,10–6.
- Terveytemme.fi -portaali. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Verkko-osoite: www.terveytemme.fi
- Tikkanen M. Tupakointi ja raskaus. Raskausajan tupakointi altistaa raskaushäiriöille ja vaarantaa lapsen myöhemmän terveyden. Duodecim 2008;124,1224–9.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten suun ehkäisevästä terveydenhuollosta (338/2011). Saatavissa internetistä: <http://www.finlex.fi>.
- Vartiainen E, Laatikainen T, Peltonen M, Juolevi A, Männistö S, Sundvall J, Jousilahti P, Salomaa V, Valsta L, Puska P. Thirty-five-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *Int J Epidemiol* 2010;39(2),504–18.

4.8 Kokonaisarvio terveystarkastuksen perusteella

Tuovi Hakulinen-Viitanen ja Päivi Mäki

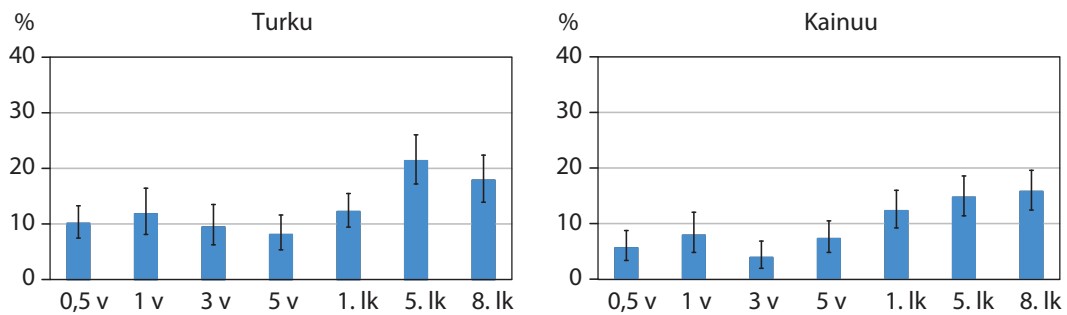
Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon tehtävänä on seurata ja tukea lapsen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja tunne-elämän kehitystä sekä koko perheen hyvinvointia (STM 2004, STM 2009). Tarjoamalla kaikille lapsille, nuorille ja lapsiperheille tasavertaiset ja laadukkaat ehkäisevät palvelut sekä kohdentamalla erityistä tukea sitä tarvitseville, voidaan perheiden välisiä terveyseroja kaventaa ja seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavaroja parantaa. Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa huomioidaan lapsen lisäksi aina koko perhe. Erityisesti neuvolatoimintaa ja kouluterveydenhuoltoa koskevassa asetuksessa (338/2011) säädettyjen laajojen terveystarkastusten yhteydessä selvitetään koko perheen hyvinvointia ja siihen liittyviä tekijöitä sekä laaditaan yhteenveto lapsen tai nuoren terveydentilasta ja koko perheen hyvinvoinnista. Laajojen terveystarkastusten tavoitteena on vahvistaa perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja varhentaa perheen ja perheenjäsenten tuen tarpeiden tunnistamista. Lisäksi tavoitteena on varmistaa tuen oikea-aikainen järjestäminen sekä tehostaa syrjäytymisen ehkäisyä ja terveyserojen kaventamista.

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat tekivät kokonaisarvion lapsen terveydentilasta ja hyvinvoinnista terveystarkastustilanteessa (lapsen kasvun ja kehityksen arviointi, sairaudet, oireet) ja huoltajien ja nuoren kyselylomakkeista saatujen tietojen sekä lapsen ja hänen huoltajiensa kanssa käytyjen keskustelujen (vanhempien ja lapsen huolet) perusteella. Terveydenhoitajat tekivät kokonaisarvion arvioimalla terveystarkastuksen lopuksi heräsikö heille huolta lapsen fyysisestä terveydentilasta, psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydestä, hoidosta ja kasvatuksesta, perhetilanteesta tai lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta. Vastausvaihtoehdot olivat seuraavat: ei huolta, lievä huoli ja selvä huoli. Tarkastelussa on ensisijaisesti niiden lasten osuus, joista terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta. Osuuksille on laskettu binomijakaumaan perustuvat eksaktit 95 %:n luottamusvälit.

Lapsen fyysinen terveydentila

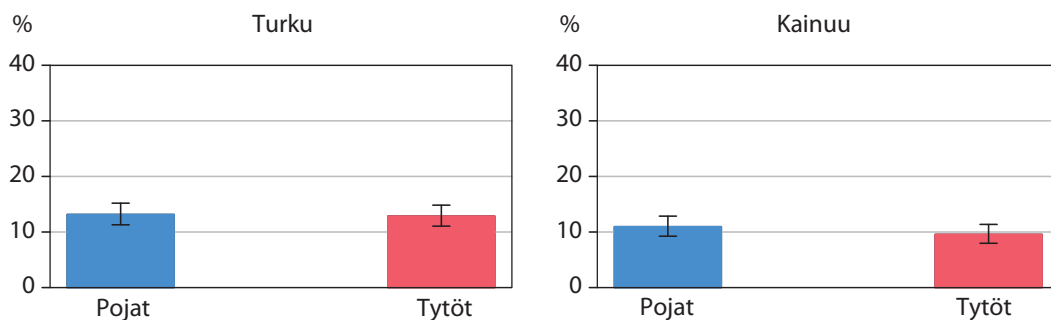
Suurimmassa osassa (noin 85–90 %) terveystarkastuksia terveydenhoitajilla ei herännyt huolta lasten fyysisestä terveydentilasta. Terveystarkastuksen ja vanhemmilta tai lapselta itseltään saatujen tietojen perusteella terveydenhoitajat olivat sekä Kainuussa että Turussa hieman yleisemmin huolissaan kouluikäisten lasten fyysisestä terveydentilasta kuin neuvolaikäisten fyysisestä terveydentilasta (kuviot 4.8.1). Hieman vajaassa 10 %:ssa neuvolaikäisten tutkimusterveystarkastuksia terveydenhoitajalle oli herännyt vähintään lievää huolta lapsen fyysisestä terveydentilasta. Vastaava osuus oli kouluikäisten kohdalla vähintään 15 %. Eniten huolta terveydenhoitajilla oli viides- ja kahdeksaslukulaisten fyysisestä terveydentilasta.

Selvää huolta terveydenhoitajilla oli herännyt vain pienestä osasta neuvolaikäisiä (0,5 %) ja kouluikäisiä (2 %).



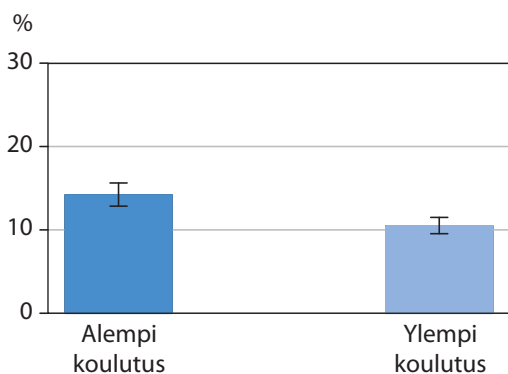
Kuvio 4.8.1. Terveydenhoitajilla vähintään lievää huolta lapsen fyysisestä terveydentilasta, lapsen iän mukaan Turussa ja Kainuussa (%).

Kun tarkastellaan tuloksia sukupuolittain kaikki ikäryhmät yhdessä, havaitaan, että terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta noin 10 %:ssa sekä tyttöjen että poikien terveystarkastuksia (kuvio 4.8.2). Alueiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa, mutta Turussa terveydenhoitajilla oli herännyt huolta lasten fyysisestä terveydentilasta hieman useammin kuin Kainuussa.



Kuvio 4.8.2. Terveydenhoitajilla vähintään lievää huolta lapsen fyysisestä terveydentilasta, sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%).

Äidin koulutuksella ja terveydenhoitajan ilmaisemalla huolella lapsen fyysisestä terveydentilasta oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Terveydenhoitajilla oli herännyt hieman yleisemmin huolta vähemmän koulutettujen äitien lasten fyysisestä terveydentilasta (15 %) kuin korkeammin koulutettujen äitien lasten terveydentilasta (11 %).

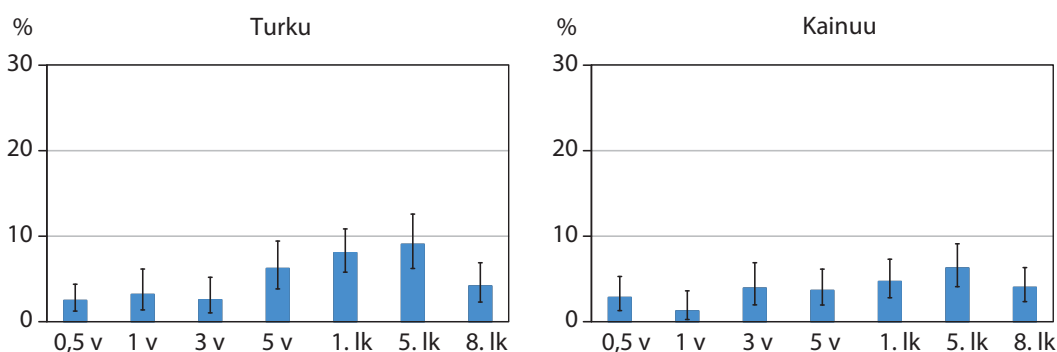


Kuvio 4.8.3. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta lapsen fyysisestä terveydentilasta, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%).

Lapsen hoito ja kasvatus

Lapsen hoito sisältää perushoidon, emotionaalisen tuen antamisen, lapsen toimintojen valvonnan ja vanhempien kasvatustaidot, kuten turvallisuutta luovien rajojen asettamisen. Lämmin ja turvallinen kasvatus ilmenee luottamuksena lapseen, kiinnostuneisuutena hänen asioistaan ja myös rajojen asettamisena lapselle (Aunola 2001, Valkonen 2006). Toimivaan vanhemmuuteen kuuluu myös lapsen mielipahan ja pettymysten sietäminen sekä vanhemman kyky ymmärtää lapsensa tarpeet ja viestit asianmukaisesti ja vastata niihin sopivalla tavalla.

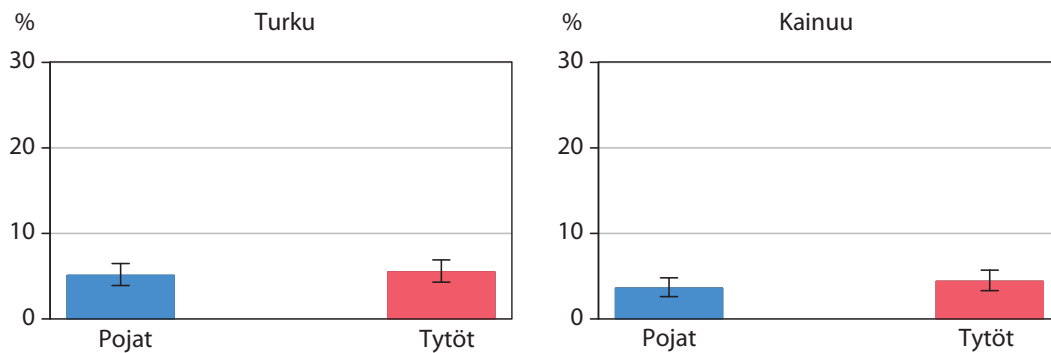
Terveydenhoitajille oli herännyt vähintään lievää huolta lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vajaassa 10 %:ssa sekä neuvolaikäisten että kouluikäisten terveystarkastuksista. Selvää huolta oli herännyt pienessä osassa neuvolaikäisten (0,4 %) ja kouluikäisten (1,4 %) terveystarkastuksia.



Kuvio 4.8.4. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta lapsen hoidosta ja kasvatuksesta, lapsen iän mukaan Turussa ja Kainuussa (%).

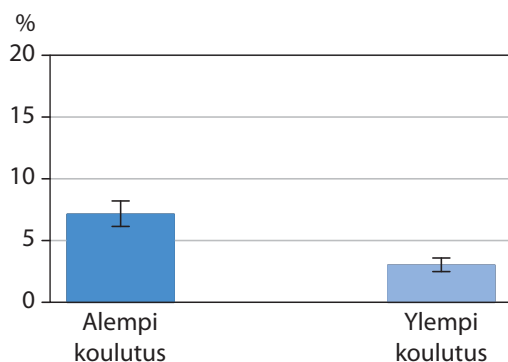
Terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta lapsen kasvatuksesta ja hoidosta lähes yhtä yleisesti sekä tyttöjen että poikien terveystarkastuksissa. Erot alueiden välillä olivat pieniä, mutta Turussa terveydenhoitajat ilmaisivat huoltaan

lasten hoidosta ja kasvatuksesta hieman yleisemmin kuin Kainuussa. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä (kuvio 4.8.5).



Kuvio 4.8.5. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta lapsen hoidosta ja kasvatuksesta, sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%).

Terveydenhoitajat olivat terveystarkastuksen ja vanhemmilta saadun tiedon perusteella hieman yleisemmin huolissaan vähemmän opiskelleiden äitien lasten hoidosta ja kasvatuksesta (7 %) kuin korkeammin koulutettujen (3 %) (kuvio 4.8.6). Ero oli tilastollisesti merkitsevä.

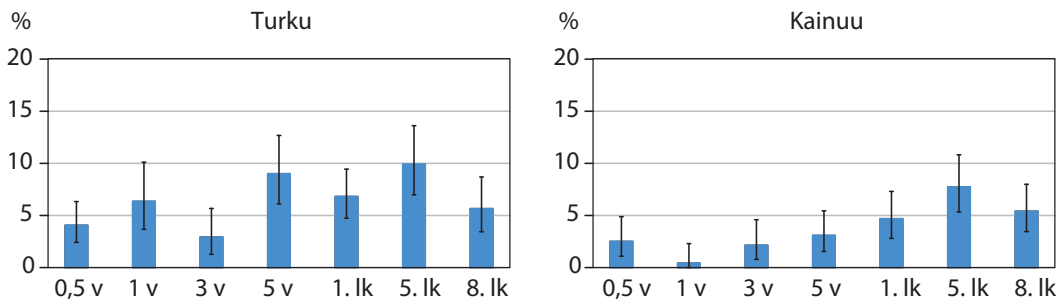


Kuvio 4.8.6. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta lapsen hoidosta ja kasvatuksesta, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%).

Lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus

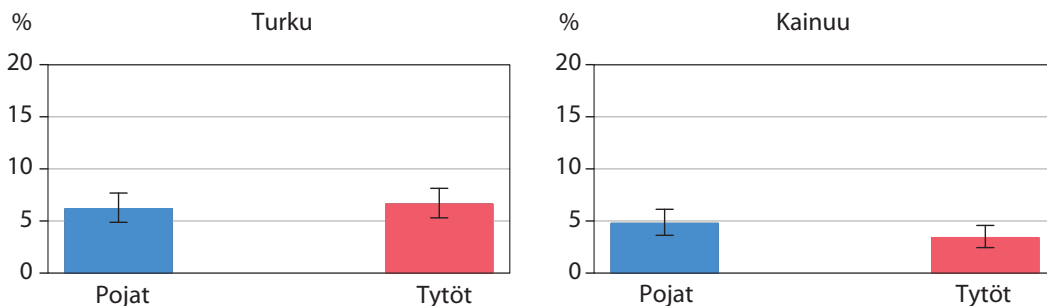
Ihminen kehittyä omaksi itsekseen vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvät tunnekokemukset ohjaavat aivojen toiminnallista kehitystä ja luovat pohjan ihmisen koko myöhemmälle kehitykselle (Mäntymaa ym. 2003, Mäntymaa 2006). Sensitiivisen vuorovaikutuksen edellytyksenä pidetään vanhemman reflektiivistä kykyä, jolloin hän pystyy pohtimaan ja ymmärtämään oman ja lapsensa käyttäytymisen takana olevia mielentiloja (Fonagy ym. 2002, Pajulo 2004). Saadakseen käsitystä lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta terveydenhoitajan ja lääkärin on hyvä havainnoida terveystarkastuksessa lapsen ja vanhemman käyttäytymistä yhdessä.

Terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta hieman alle 5 %:ssa alle kouluikäisten terveystarkastuksista ja vähintään 5 %:ssa kouluikäisten terveystarkastuksista sekä Turussa että Kainuussa (kuvio 4.8.7). Nämä erot eivät ikäryhmittäin tarkasteltuna olleet tilastollisesti merkitseviä. Selvää huolta terveydenhoitajilla oli pienestä osasta lapsia, kouluikäisistä lapsista hieman yleisemmin kuin neuvolaikäisistä (1,3 % vs. 0,4%). Molemmilla alueilla oli terveydenhoitajien huoli viidesluokkalaisten lasten ja heidän vanhempiansa vuorovaikutuksesta yleisintä. Turussa terveydenhoitajilla oli enemmän huolta yksi- ja viisivuotiaiden lasten ja vanhempien välisestä vuorovaikutuksesta kuin Kainuussa. Nämä erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, että lastenneuvolassa vähintään toinen lapsen huoltajista oli yleensä mukana terveystarkastuksessa, mutta kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa huoltaja ei aina ollut paikalla, vaan arvio perustuu kyselylomakkeen tietoihin ja keskusteluihin lapsen kanssa.



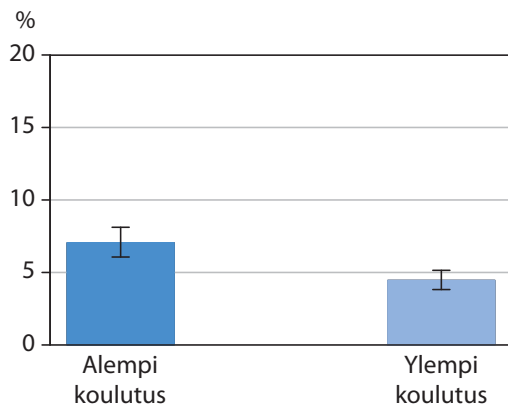
Kuvio 4.8.7. Terveydenhoitajilla vähintään lievää huolta lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta, lapsen iän mukaan Turussa ja Kainuussa (%).

Kun tarkastellaan koko ikäryhmää sukupuolittain, havaitaan, että terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta lapsen ja hänen vanhempansa vuorovaikutuksesta lähes yhtä yleisesti sekä tyttöjen että poikien terveystarkastuksissa (kuvio 4.8.8). Turussa hieman suurempi osa terveydenhoitajista oli ilmaissut vähintään lievää huolta lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksesta kuin Kainuussa. Alueiden välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.



Kuvio 4.8.8. Terveydenhoitajilla vähintään lievää huolta lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta, sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%).

Terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta lapsen ja hänen vanhempansa välisestä vuorovaikutuksesta hieman yleisemmin vähemmän opiskelleiden äitien lasten terveystarkastuksissa (7 %) kuin korkeammin koulutettujen äitien lasten terveystarkastuksissa (4 %). Ero oli tilastollisesti merkitsevä.

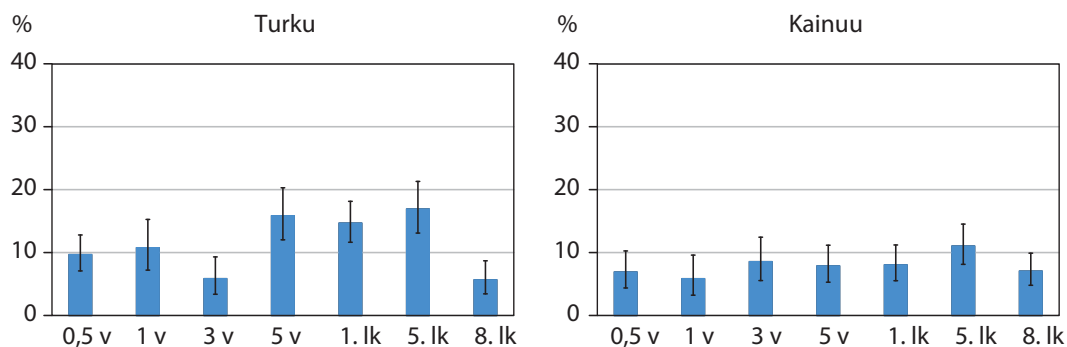


Kuvio 4.8.9. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%).

Perhetilanne

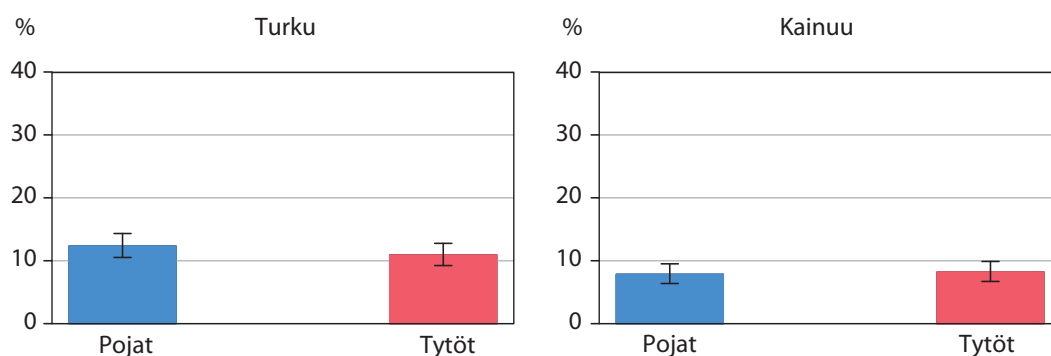
Perhe on lapsen tärkein kehitysympäristö. Vanhempien terveydellä, terveystottumuksilla ja hyvinvoinnilla, on yhteys lapsen terveyteen ja kaikkien perheenjäsenten hyvinvointiin. Jokaisella perheellä on elämänsä aikana myös ongelmia, kuten esimerkiksi väsymystä, perheen yhteisen ajan puutetta, taloudellisia vaikeuksia ja parisuhteen ongelmia. (Schor ym. 2003, Mackay 2005, Wen 2008.) Perheellä on monia keinoja ratkaista näitä tilanteita, kuten esimerkiksi perheenjäsenten välisen vuorovaikutuksen ja yhteisen ajan lisääminen sekä avun pyytäminen läheisiltä, vertaisilta ja palvelujärjestelmältä. (Pelkonen ja Hakulinen 2002, Sapienza ja Masten 2011.) Terveydenhoitajan on mahdollista tehdä havaintoja perhetilanteesta keskustelemalla terveystarkastuksen yhteydessä muun muassa vanhempien ja lapsen kanssa perheen kuulumisista: ilon ja huolen aiheista sekä selvittämällä lapsen ja vanhempien terveystottumuksia.

Lapsen perhetilanteesta oli herännyt vähintään lievää huolta vajaassa 10 %:ssa neuvola- ja kouluikäisten terveystarkastuksista. Selvää huolta terveydenhoitajilla oli herännyt pienestä osasta lapsia (noin 1–2 %). Terveydenhoitajien huoli lapsen perhetilanteesta oli hieman yleisempää Turussa (vähintään 15 %) kuin Kainuussa viisivuotiaiden ja ensimmäisellä sekä viidennellä luokalla olevien lasten kohdalla. Ero alueiden välillä oli tilastollisesti merkitsevä viisivuotiailla ja ensimmäisen luokan oppilailta (kuvio 4.8.10).



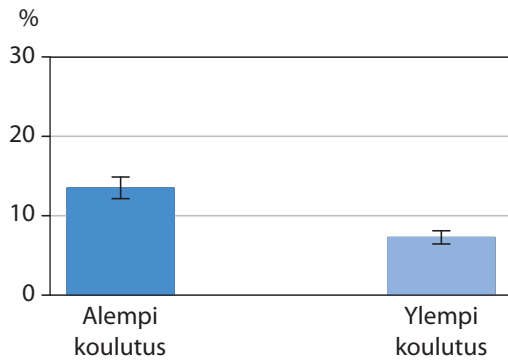
Kuvio 4.8.10. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta lapsen perhetilanteesta, lapsen iän mukaan Turussa ja Kainuussa (%).

Kun tarkastellaan kaikkia ikäryhmiä yhdessä, lapsen sukupuolella ei ollut vaikutusta siihen, heräsikö terveydenhoitajalla huolta perhetilanteesta. Turussa terveydenhoitajien huoli lapsen perhetilanteesta oli hieman yleisempää kuin Kainuussa. Alueiden välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ainoastaan poikien osalta (kuvio 4.8.11).



Kuvio 4.8.11. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta lapsen perhetilanteesta, sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%).

Kun tarkastellaan koko aineistoa ja kaikkia ikäryhmiä yhteensä, huomataan, että äidin koulutuksen ja terveydenhoitajan ilmaiseman huolen välillä on tilastollisesti merkitsevä yhteys. Terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta lapsen perhetilanteesta yleisemmin vähemmän koulutettujen äitien lasten terveystarkastuksessa (13 %) kuin pidempään opiskelleiden (8 %) (kuvio 4.8.12).

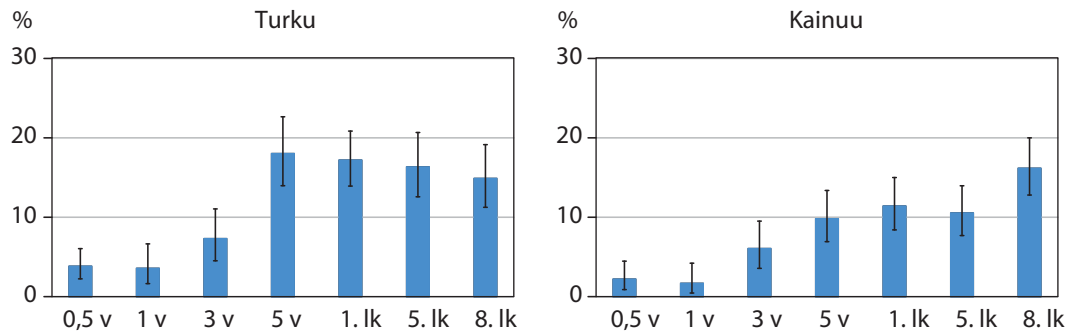


Kuvio 4.8.12. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta lapsen perhetilanteesta, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%).

Lapsen psykososiaalinen kehitys ja terveydentila

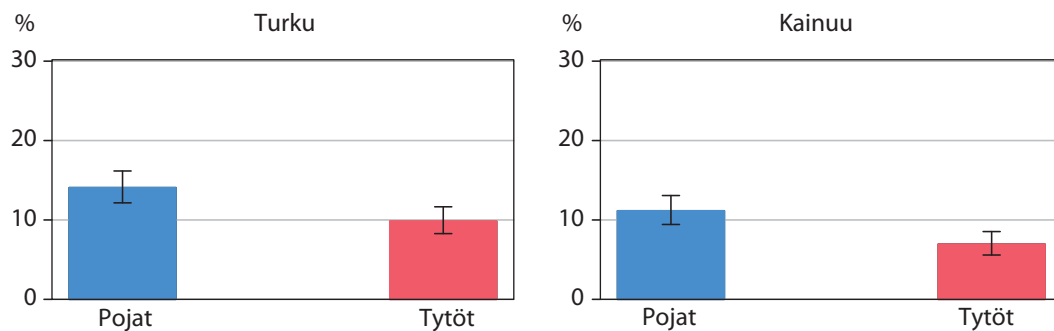
Lapsen psykososiaalisen kehityksen arvioinnissa huomioidaan lapsen tunne-elämä, ajatusmaailma ja käyttäytyminen sekä terveydentilan vaikutus hyvinvointiin. Arvioinnin kohteena ovat lapsen vointi ja selviytyminen eri kehitysympäristöissä, kuten esimerkiksi kotona, päivähoitossa, koulussa ja kaveripiirissä sekä harrastuksissa. Lapsen psykososiaalista kehitystä ja terveyttä arvioidaan terveystarkastuksessa lapsen havainnoinnin, haastattelun ja lapselle tai vanhemmalle tehtyjen kyselyiden sekä vanhempien näkemyksen avulla. Arvioinnissa on mahdollista hyödyntää lapsen eri kehitysympäristöjen asiantuntijoilta saatavaa tietoa. (Borg ja Kaukonen 2011, Borg ym. 2011.) Terveydenhoitaja muodostaa näiden tietojen pohjalta kokonaisarvion lapsen psykososiaalisesta terveydentilasta ja sitä edistävästä tai kuormittavista tekijöistä, mikä tarvittaessa ohjaa tarjoamaan myös varhaista tukea lapselle ja perheelle.

Terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta lasten psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydentilasta noin 7 % neuvolaikäisten ja 14 % kouluikäisten terveystarkastuksia. Myös selvä huoli oli yleisempää kouluikäisten kuin neuvolaikäisten psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydentilasta (2,4 % vs. 1 %). Lapsen tai nuoren psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydentilasta herännyt huoli oli yleisempää viisivuotiaiden tai sitä vanhempien lasten ja nuorten terveystarkastuksessa kuin heitä nuorempien lasten terveystarkastuksissa. Kolmevuotiaiden tai sitä nuorempien lasten psykososiaalisesta kehityksestä huolta ilmeni noin 5 %:ssa terveystarkastuksista sekä Turussa että Kainuussa. Huolta lapsen psykososiaalisesta kehityksestä ilmeni vähintään 15 %:ssa turkulaisten viisivuotiaiden, ensimmäisellä ja viidennellä luokalla olevien terveystarkastuksista. Vastaava osuus kainuulaisten samanikäisten terveystarkastuksista oli noin 10 %. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Kahdeksannen luokan oppilaiden terveystarkastuksista noin 15 %:ssa terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta nuorten psykososiaalisesta kehityksestä tai terveydestä sekä Turussa että Kainuussa.



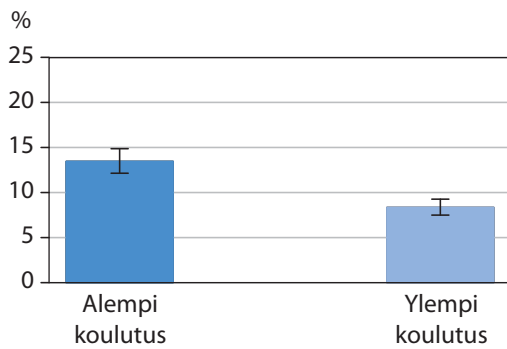
Kuvio 4.8.13. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta lapsen psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydestä, lapsen iän mukaan Turussa ja Kainuussa (%).

Terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta lapsen tai nuoren psykososiaalisesta kehityksestä ja hyvinvoinnista yleisemmin poikien kuin tyttöjen terveystarkastuksissa sekä Turussa että Kainuussa. Ero poikien ja tyttöjen välillä oli molemmilla alueilla tilastollisesti merkitsevä. Turussa terveydenhoitajien huoli lapsen psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydentilasta oli yleisempää kuin Kainuussa. Ero alueiden välillä oli tilastollisesti merkitsevä tyttöjen välillä (kuvio 4.8.14).



Kuvio 4.8.14. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta lapsen psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydestä, sukupuolittain Turussa ja Kainuussa (%).

Äidin koulutuksella ja terveydenhoitajan huolella lapsen psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydestä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Huoli oli yleisempää vähemmän koulutettujen äitien lapsista kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsista (13 % vs. 8 %) (kuvio 4.8.15).



Kuvio 4.8.15. Terveystarkastajalla vähintään lievää huolta lapsen psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydestä, äidin koulutuksen mukaan, koko aineisto (%).

Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa terveystarkastajat arvioivat heräsikö heillä terveystarkastuksessa huolta lapsen fyysisestä ja/tai psykososiaalisesta terveydentilasta ja kehityksestä tai lapsen kehitysympäristöstä. Huoli voi syntyä myös vanhempien tai lapsen tai nuoren esille tuomana. Tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, että tehty kokonaisarvio on terveystarkastajan subjektiivinen arvio, johon vaikuttavat muun muassa terveystarkastajan työkokemus, henkilökohtainen tulkinta, terveystarkastajan ja perheen keskinäinen suhde ja asiakassuhteen pituus. Yhteenvedonä tehtävän kokonaisarvion tarkoituksena on auttaa lastenneuvolan tai kouluterveydenhuollon työntekijää yhteistyössä perheen kanssa suunnittelemaan mahdollisesti tarvittavia jatkotutkimuksia, tukea tai hoitoa lapselle ja perheelle.

Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa, erityisesti laajoissa terveystarkastuksissa, huomioidaan lapsen ja nuoren hyvinvoinnin lisäksi koko perheen hyvinvointi. Perheen hyvinvoinnista selvitetään niitä tekijöitä, joilla on olennaista merkitystä ja vaikutusta lapsen ja nuoren hyvinvointiin, kasvuun ja kehitykseen. Tällaisia ovat perheen voimavarat, terveystottumukset (esim. ravitsemus- ja liikuntatottumukset, päihteiden käyttö), vanhempien parisuhde, vanhemmuus, mielenterveys, perheväkivalta sekä perheen elinolot ja niihin mahdollisesti liittyvät ongelmat (esim. asuminen, toimeentulo). (STM 2009.) Tavoitteena on vahvistaa lapsen ja perheen hyvinvointia, voimavaroja ja vanhempien kykyä toimia perheen hyväksi sekä löytää mahdollisimman varhain ne perheet, jotka tarvitsevat erityistä tukea. Perheille laajat terveystarkastukset merkitsevät mahdollisuutta keskustella lapsen ja koko perheen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä kysymyksistä sekä tuoda esille myös huolen aiheita ja tuen tarpeita.

Terveystarkastuksissa esille tulleet huolet tulee ottaa avoimesti puheeksi ikätasoa huomioiden lapsen tai nuoren sekä vanhempien kanssa ja sopia yhdessä tavoitteista, tarvittavan tuen muodoista ja jatkotoimenpiteistä sekä vastuunjaosta. Terveystarkastuksessa lapsen huoltajaa tai lasta tai nuori itseään kannustetaan esittämään omia huolenaiheitaan ja tuen tarpeitaan.

Suurin osa lapsista ja nuorista voi hyvin ja heidän perheensä tuki lapsen tervettä kasvua ja kehitystä. Alle 15 %:ssa terveystarkastuksia terveydenhoitajat olivat huolissaan lapsen perhetilanteesta ja huolta heräsi noin joka viidennen lapsen fyysisestä terveydentilasta ja psykososiaalisesta kehityksestä. Lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta sekä hoidosta ja kasvatuksesta oli herännyt vähintään lievää huolta alle joka kymmenennen lapsen kohdalla.

Turussa terveydenhoitajat olivat kokonaisarvioissa raportoineet yleisemmin huolta kaikilla tutkituilla aihealueilla kuin Kainuussa. Perheiden elämäntyylin ja perhetyypin erilaisuus näillä alueilla selittää osaa huolen aiheista. Kainuussa ydinperheet olivat yleisempiä kuin Turussa. Myös neuvolan ja kouluterveydenhuollon erilaiset toimintakäytänteet ja -resurssit lienevät syynä huolenaiheen eroihin Turussa ja Kainuussa. Turussa on esimerkiksi kehitetty viisivuotiaan lapsen syvennettyä terveystarkastusta (Liuksila 2000) ja erityistuen tarpeen tunnistamista ja psykososiaalista tukemista lastenneuvolassa (Heimo 2002), jolloin tuen tarvetta saatetaan tunnistaa herkemmin. Myös henkilöstövoimavaroilla on yhteyttä siihen, miten tuen tarvetta on mahdollista tunnistaa. Vuonna 2008 Turussa oli hivenen paremmat henkilöstövoimavarat lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa kuin Kainuun maakunnassa (Rimpelä ym. 2009). Terveydenhoitajat tunnistavat tuen tarpeita hyvin (Puura ym. 2002), mutta viivettä avun saantiin syntyy silloin, kun moniammatilliseen työskentelyyn ei ole mahdollisuuksia (esimerkiksi ei aikaa tai erityistyöntekijöitä). Viivettä aiheuttaa myös, jos tuen muodoista ja paikallisista palveluketjuista ei ole sovittu etukäteen (Tuominen ym. 2011).

Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa tulee löytää mahdollisimman varhain ne lapset, nuoret ja perheet, jotka tarvitsevat erityistä tukea ja ylimääräisiä seurantakäyntejä. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat sitä, että väestöryhmien välisten sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi palveluja tulee kohdentaa tunnistetun tuen tarpeen mukaan koko ikäluokkaa koskevien yhtenäisesti toteutettujen terveystarkastusten ja -neuvonnan lisäksi. Vaikka terveydenhoitajia ei pyydetty kokonaisarviota tehdessään huomioimaan vanhempien koulutusta, he kirjasivat enemmän huolia niiden perheiden lasten terveydentilasta ja hyvinvoinnista, joiden äideillä oli vähemmän koulutusta.

Terveystarkastusten perusteella terveydenhoitajilla oli enemmän huolta vähemmän opiskelleiden äitien perheissä lasten fyysisestä terveydestä, hoidosta ja kasvatuksesta, vuorovaikutuksesta ja perhetilanteesta kuin korkeammin koulutettujen. Tässä tutkimuksessa todettiin lasten ja perheiden elinympäristöä tutkittaessa (luku 4.1), että äidin koulutuksella on selkeä yhteys tulotasoon ja toimeentulo-ongelmiin, joilla on puolestaan yhteys äidin kokemaan stressiin (Mackay 2005). Kuormittavissa tilanteissa lapsen terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen, avun hakeminen ja jatkohoitoon hakeutuminen saattavat jäädä perheessä toissijaisiksi (Tuominen ym. 2011).

Lähteet

- Aunola K. Children's and adolescents' achievement strategies, school adjustment, and family environment. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 178. Jyväskylä 2001.
- Borg A-M, Kaukonen P. Lapsen psykososiaalisen terveyden arviointimenetelmä, LAPS-lomake. Kirjassa *Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja*. Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. toim. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 14*. Helsinki 2011. s. 112–114.
- Borg A-M, Kaukonen P, Mäki P. Työntekijän havaintoihin perustuva kokonaisarvio. Kirjassa *Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja*. Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. toim. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 14*. Helsinki 2011. s. 191–194.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *After regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press, New York 2002.
- Heimo E. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. *Seurantatutkimus 1997–2000*. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C184. Turku 2002.
- Liuksila P-R. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. *Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C 161*. Turku 2000.
- Mackay R. The impact of family structure and family change on child outcomes: A personal reading of the research literature. *Social Policy Journal of New Zealand* 2005;24,111–133.
- Mäntymaa M, Luoma I, Puura K, Tamminen T. Tunteet varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim* 2003;6,459–466.
- Mäntymaa M. Early mother-infant interaction: Determinants and Predictivity. *Acta Universitas Tamperensis* 1144. Tampere 2006,
- Pajulo M. Vauvan tunnetila ja sen säätely. Äidin reflektiivinen kyky ja sen merkitys turvallisessa kiintymyssuhteessa. *Duodecim* 2004;120,2543–8.
- Pelkonen M, Hakulinen T. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 2002;14(5),202–212.
- Puura K, Davis H, Papadopoulou K, Tsiantis J, Ispanovic-Radajkovic V, Rudic N, Tamminen T, Turunen M-M, Dragonas T, Paradisiotou A, Vizakou S, Roberts R, Cox A, Day C. The European early promotion project: new primary health care service to promote children's mental health. *Infant Mental Health Journal* 2002;23,606–624.
- Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Ståhl T. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 19*. Helsinki 2009.
- Sapienza JK, Masten AS. Understanding and promoting resilience in children and youth. *Current Opinion in Psychiatry* 2011;24,267–273.

- Schor EL, Billingsley MM, Golden AL, McMillan JA, Meloy LD, Pendarvis BC. Family pediatrics: Report of the task force on the family. *Pediatrics* 2003;111(S6),1541–1571.
- Stakes. Kouluterveydenhuolto – Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Helsinki 2002.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 14. Helsinki 2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen 380/2009 perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20:2009. Helsinki 2009.
- Tuominen A, Kettunen T, Lindfors P, Hjelt R, Hakulinen-Viitanen T. Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2011;3(48),182–195.
- Valkonen L. Millainen on hyvä äiti tai isä? Viides ja kuudesluokkalaisten lasten vanhemmuuskäsitykset. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 286. Jyväskylän yliopisto 2006.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten suun ehkäisevästä terveydenhuollosta (338/2011). Saatavissa internetistä: <http://www.finlex.fi>.
- Wen M. Family structure and children's health and behavior: Data from the 1999 national survey of America's families. *Journal of Family Issues* 2008;29(11),1492–1519.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomalainen yhteiskunta on kuluneiden vuosikymmenten aikana muuttunut merkittävästi elinvuosia ja yleistä hyvinvointia lisäävään suuntaan. Hyvinvointivaltiolle ja sen tasa-arvoisuuteen tähtäävällä yhteiskuntapolitiikalla on ollut merkittävä rooli tässä kehityskulussa. Suomalainen menestystarina, hyvinvointivaltio, on pyrkinyt tarjoamaan yhtäläisiä mahdollisuuksia edistämällä tasa-arvoa mm. yhdyskuntasuunnittelulla kehitys- ja kasvu ympäristöjen rakentamisessa, lapsiperheiden sosiaali- ja perhe-etuuksilla, kattavalla päivähoidolla, pääsyllä monipuoliseen ja ilmaiseen koulutukseen sekä terveydenhuoltoon. Vaikka tasa-arvo on ollut merkittävä asioita edistävä ja yhteisesti hyväksytty tavoite, tämä myönteinen kehitys ei ole kuitenkaan koskenut yhtä vahvasti kaikkia.

Erityisen haastaviksi ovat osoittautuneet osin jopa kasvaneet erot sosiaaliryhmien välillä. Aikuisväestöstä näitä eroja kuvaavia tietoja on ollut kattavasti saatavilla jo vuosikymmenten ajan, mutta lapsia, nuoria ja heidän perheitään koskevat tiedot ovat olleet kovin puutteellisia. Kuitenkin tiedämme, että lapsuuden elinoloilla ja olosuhteilla on merkittäviä yhteyksiä ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin koko elämänkaarella. Sosiaaliryhmien välisiä eroja voidaan pitää yhtenä hyvinvointivaltion rakenteellisena heikkoutena, ne kuvaavat kuinka sosiaalisesti eriarvoisessa yhteiskunnassa elämme. Yksilöt tekevät valinnat, mutta yhteiskunnan tehtävänä on tarjota riittävän tasa-arvoiset edellytykset valintojen tekemiselle. Suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen on ollut hallitusohjelmatasoisena linjauksena jo 1980-luvun puolivälistä lähtien. Kuitenkin erot ovat monelta osin kasvaneet. Hyvinvointivaltiota on rakennettu työn tekemisen pohjalle, johon kuuluu lisäksi perheissä kahden palkansaajan malli. Hyvinvointivaltiokehitystämme on kuvattu myös naisten ns. emansipaationa kodeista ja osallistumisena palkkatyöhön. Perheen ja työn välinen suhde on yksi keskeisistä hyvinvointivaltiota kuvaavista termeistä. Perheen perustaminen ja siihen liittyvät elämänkaaren eri vaiheisiin vaikuttavat tapahtumat ovat perheen vanhemmille ja myös lapsille merkittäviä nivelvaiheita, joissa yhteiskunnalla on suuri vaikuttamisen mahdollisuus myös sosiaalisen eriarvoisuuden kannalta. Erityisen tärkeää on huomioida yhteiskunnan mahdollisuudet vaikuttaa syrjäytymiseen tai sen uhkan siirtymiseen sukupolvelta toiselle.

Viimeisimmissä terveys- ja hyvinvointierojen vähentämiseen tähtäävissä toimenpiteissä on tunnustettu ja huomioitu koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin merkitys lapsen tasapainoiselle kasvulle ja kehitykselle. Samanaikaisesti kun on korostettu perusterveydenhuollon ja opetustoimen roolia ongelmien ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa puuttumisessa, on myös aiempaa vahvemmin haluttu luoda parempaa yhteistyötä perusterveydenhuollon, päivähoidon, koulujen ja perheiden välillä. Neuvolatyötä ja kouluterveydenhuoltoa koskevassa asetuksessa (VNA 338/2011) määritellään laajat terveystarkastukset, joissa koko perheen kohtaaminen

on keskeistä. Tämä on tietysti haaste perusterveydenhuollolle, mutta se luo toisaalta myös mahdollisuuksia aiempaa kokonaisvaltaisempaan perhetilanteen arviointiin ja tuen kohdistamiseen sellaisille perheille, lapsille ja nuorille, jotka sitä eniten tarvitsevat. Näissä terveystarkastuksissa voidaan hyvin toteuttaa myös koko perheeseen kohdistuvaa terveysneuvontaa. Myös päivähoidolla ja opetustoimella on paljon mahdollisuuksia toimintaan, kasvattamiseen ja tiedottamiseen, joka tukee erityisesti heikommassa asemassa olevia perheitä ja heidän lapsiaan.

Tämä raportti vastaa vakavaan tietoaukkoon lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointieroista. Tiedot perustuvat Lasten terveysseurannan kehittämishankkeen (LATE) ja terveyserojen kaventamishankkeen (TEROKA) yhteistyössä toteuttamaan noin 6500 lapsen, nuoren ja heidän perheidensä tutkimukseen. Sosiaaliryhmien välisiä eroja tarkastellaan käyttäen taustamuuttujana äidin koulutusta, jossa alempi koulutusryhmä kuvaa enintään ammatillista koulutusta ja ylempi vähintään opistotasosta koulutusta. Tarkastelun kohteena ei näin ole marginaalinen ryhmä, vaan pikemminkin melko tavanomaiset perheet, joilla on keskiarvoa hieman pienempi tulotaso. Näissä perheissä voi mahdollisesti esiintyä myös työttömyyttä yleisemmin kuin perheissä, joissa vanhemmilla on vähintään opistotasoinen koulutus. Vähemmän opiskelleet ovat yleisemmin suuremmassa tarpeessa yhteiskunnan tulonsiirroille (sosiaaliturvan taso, lapsilisä, kotihoidontuki, toimeentulotuki, asumistuki, työttömyyskorvaus). Tässä luvussa pohdimme mahdollisuuksia tämän raportin tulosten mukaisten erojen kaventamiseksi.

Lasten ja perheiden elinympäristö

Tässä tutkimuksessa, kuten lukuisissa muissakin vastaavissa tarkasteluissa, perheen sosioekonominen asema määrittää toimeentuloon liittyviä ongelmia ja pahimmillaan talouden ongelmat heijastuvat koko perheen hyvinvointiin. Toimeentulo-ongelmia voidaan ehkäistä ja haavoittuvassa asemassa olevien lapsiperheiden (mm. yhden huoltajan perheet ja monilapsiset perheet) varallisuutta voidaan tukea aktiivisella sosiaalipolitiikalla erilaisin tulosiirroin ja kohdennetuin toimin. Perheiden kokemia vaikeuksia voidaan myös lievittää mm. perhe-etuuksilla, velkaneuvonnalla ja erilaisin perhepalveluin. Näin ei näyttäisi käyneen ja tiedämme tilastotietojen perusteella, että pienituloisten perheiden osuus on kasvanut. Pienituloisten perheiden osuus kuvaa perheiden tulotasossa tapahtunutta pysähdystä tai jopa heikkenemää muun tulotason noustessa. Suomalaiset hankkivat perheensä yhä vanhempina. Vaikka vanhempien ikä ja koulutustaso ovat nousseet, on perheiden pienituloisuus edelleen yleistynyt. Tämän tutkimuksen mukaan jopa joka neljännessä lapsiperheessä menojen kattaminen tuloilla koettiin vähintään melko hankalaksi. Äidin koulutuksella havaittiin selkeä yhteys toimeentulo-ongelmiin ja erot olivat neuvolaikäisten lasten perheissä kouluikäisten vastaavia eroja suurempia. Vaikka perhe- ja hoitovapaat ovat monimuotoistuneet viime vuosina, neuvolaikäisten lasten äidit ovat edelleen pääasiallisia lapsen hoitajia ja isien rooli hoito-

tai perhevapaiden käyttäjinä ei osoittautunut merkittäväksi tässä tutkimuksessa. Lisäksi valtaosa äideistä (61 %) oli työelämässä lapsen ollessa kolmevuotias. Tämä tulos kertoo osittain suomalaisen yhteiskunnan kahden palkansaajan mallista – kotiin ei haluta tai ei ehkä ole varaa jäädä lapsia hoitamaan ja työelämä asettaa omat paineensa ajantasaisen koulutuksen ja osaamisen suhteen. Avioerot ovat yleisiä ja se näkyy erityisesti kouluikäisten lasten vanhemmilla, joista useampi kuin joka neljäs on eronnut. Eroperheissä äidit tapasivat lapsiaan säännöllisesti, mutta jopa joka neljäs eroperheiden lapsista ei tapaa isäänsä edes kuukausittain.

Perheiden yhteistä aikaa tulisi tukea työnantajien ja koko yhteiskunnan myönteisellä suhtautumisella lapsiperheiden elämäntilanteisiin. Neuvolassa ja muissa perhepalveluissa tulisi korostaa yhteisen ajan merkitystä koko perheen hyvinvoinnille ja lapsen kehitykselle sekä kannustaa vanhempia järjestämään yhteistä aikaa koko perheelle ja myös parisuhteelle. Työelämän kiristynyt aikapaine, kiireet, työpaineet, vaatimukset jne. aiheuttavat tilanteen, missä tämän tutkimuksen mukaan jopa 60 % lapsiperheistä kokee, että heillä ei ole riittävästi yhteistä aikaa. Korkeammin koulutetut kokivat vähemmän opiskelleita yleisimmin ongelmia ajan riittävyydessä, mikä heijastaa myös yhä kovempia työelämän vaatimuksia. Onko maalaisidylli muuttumassa – mahdollisesti yhä kauempaa löytyvän palkkatyön vuoksi – kun kaupunkilaiset turkulaisperheet kokivat yhteisen ajan riittäväksi yleisemmin kuin maalaisemmassa Kainuun maakunnassa.

Suomalaista yhteiskuntaa ja sosiaalista rakennetta muovannut suuri muutto 1970-luvulta alkaen näkyy edelleen siinä, että isovanhemmat asuvat toisella paikkakunnalla ja perheiden sosiaalinen verkosto ei välttämättä tarjoa riittävää apua. Jopa 40 % tämän tutkimuksen perheistä koki, että avunsaanti läheisiltä tai tuttavilta ei ollut riittävää. Perheiden sosiaalinen verkosto saattaakin olla melko ohut käytännön avun suhteen. Perheiden avunsaantia tukevia toimia ovat erilaiset palvelut, tilanteet ja tilaisuudet missä perheet saavat vertaistukea ja missä tuetaan sosiaalisten verkostojen luomista. Vaarana on, että vanhemmat, jotka kokevat tuensaannin riittämättömänä, ovat tilanteen pitkittyessä vaarassa uupua. Kaikissa perhepalveluissa tulisikin rohkaista vanhempia hakemaan apua ajoissa, ennen kuin perheen hyvinvointi kärsii. Enemmän opiskelleet kokivat yleisemmin tarvitsevansa enemmän läheisapua, mikä oletettavasti heijastelee työelämän vaatimuksia.

On tärkeää, että yhteiskunnallisin toimin taataan yhtäläiset valinnan mahdollisuudet kaikille mm. tarjoamalla universaalit palvelut sekä kohdentamalla erityistä tukea sitä tarvitseville lapsille, nuorille ja lapsiperheille. Tukitoimilla voidaan mahdollistaa lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin kannalta suotuisampia valintoja ja kehityskulkuja. Koulunkäynnin tukimuotoja, kuten tuki- ja erityisopetusta, ei saa vähentää. Raportoidun käytön perusteella tuelle on tarvetta ja käyttö eroaa selvästi alueellisesti, ollen runsaampaa Kainuussa kuin Turussa. Lisäksi on huomioitava, että erityisesti vähemmän opiskelleiden äitien lapsilla erityisopetukseen osallistuminen oli kaksi kertaa yleisempää kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Tältä osin voidaan olettaa erityistuen kohdentuvan oikein tarpeen mukaan. Koulu-

toimen tulisi kuitenkin arvioida opetusolosuhteita mahdollisimman hyvien oppimisedellytysten luomiseksi kaikille oppilaille.

Terveydentila, lääkitys ja kontaktit terveydenhuollon ammattilaisiin

Suurin osa huoltajista arvioi lapsensa terveydentilan hyväksi tai erittäin hyväksi, neuvolaikäisten lasten vanhemmat hieman yleisemmin kuin kouluikäisten vanhemmat. Enemmän opiskelleiden äitien perheissä arvio lapsen terveydentilasta oli yleisemmin erittäin hyvä kuin vähemmän koulutettujen äitien perheissä. Nuoret itse arvioivat terveydentilaansa kriittisemmin kuin heidän vanhempansa, mutta samansuuntainen ero äidin koulutuksen mukaan oli nähtävissä myös nuorten omissa arvioissa. Poikien itsearvioidussa terveydentilassa oli havaittavissa eroa alueiden välillä. Turussa pojista suurempi osa kuin Kainuussa arvioi terveydentilansa erittäin hyväksi.

Vaikka huoltajien arvioissa lapsen terveydentilasta ja nuoren omassa arvioissa oli havaittavissa eroja äidin koulutuksen mukaan, lasten pitkäaikaissairastavuudessa, sairastuvuudessa infektioauteihin, säännöllisissä lääkityksissä tai antibioottien käytössä ei kuitenkaan havaittu merkittäviä eroja äidin koulutuksen mukaan tai alueiden välillä. Tutkimuksessa ei myöskään havaittu alueittaisia tai sosioekonomisia eroja perusterveydenhuollon lääkärikäynneissä tai hammaslääkärikäynneissä. Suomalaislapset ovat kansainvälisesti hyvin terveitä. Yhtenäinen neuvolan ja kouluterveydenhuollon järjestelmä mahdollistaa suhteellisen tasapuolisen tuen tarpeiden varhaisen tunnistamisen ja tukemisen sekä tarvittaessa jatkohoitoon lähettämisen. Samoin perusterveydenhuollon lääkäripalvelut ja hammashuolto ovat lapsiperheille yhtäläisesti saatavissa. Erikoislääkärikäyntejä oli sen sijaan enemmän korkeammin koulutettujen äitien lapsilla kertoen runsaammasta yksityislääkäripalvelujen käytöstä.

Suun terveydessä havaittiin sekä alue-eroja että eroja äidin koulutuksen mukaan. Turkulaiset ja korkeammin koulutettujen äitien lapset noudattivat yleisemmin suosituksia hampaiden harjaamisessa. Samansuuntaiset erot näkyivät myös hampaiden reikiintymisessä. Hammaskariesta oli enemmän pojilla Kainuussa kuin Turussa ja enemmän lapsilla, joiden äideillä oli enintään ammatillinen koulutus. Hammaslääkärikäynneissä ei havaittu alue-eroja tai eroja äidin koulutuksen mukaan. Samoin kuin useimmat muut terveyskäyttäytymisen osa-alueet, ei suun terveydestä huolehtiminen ja kariuksen ennaltaehkäisy ole merkittävä taloudellinen kysymys vaan enemmän siihen vaikuttavat elämänhallintataidot ja ympäristön tuki. Perheen voimavarat ja sosioekonominen asema tulisi huomioida terveystuontaa suunniteltaessa ja toteutettaessa sekä ohjattaessa lapsia ja heidän perheitään ehkäisevien palvelujen piiriin. Lasten ruokailu- ja ravintotottumukset vaikuttavat keskeisesti monen muun terveyden osa-alueen lisäksi myös suun terveyteen. Ruokailutottumukset tulisi huomioida eri näkökulmista kaikessa lapsille ja heidän perheilleen suunnatussa elintapaneuvonnassa.

Korkeasti koulutetut äidit ilmoittivat kouluikäisen lapsensa hieman yleisemmin joutuneen terveydenhuollon ammattihenkilöstön neuvontaa vaatineeseen tapaturmaan kuin alemman koulutuksen saaneet äidit. Tapaturmaan joutumisessa ei ollut eroa neuvolaikäisillä äidin koulutuksen mukaan eikä myöskään Turun ja Kainuun välillä. Lasten ja nuorten tapaturmakuolleisuuden sekä lievempien sairaalassa ja terveydenhuollossa hoidettujen tapaturmien sosioekonomisista taustoista Suomessa tarvitaan lisää tutkimusta, sillä nyt tehdyn tutkimuksen perusteella ei asiaan saatu riittävää selvyyttä.

Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon tulee löytää mahdollisimman varhain ne lapset, nuoret ja perheet, jotka tarvitsevat erityistä tukea ja ylimääräisiä seurantakäyntejä. Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat tekivät terveystarkastuksen päätteeksi kokonaisarvion, jonka tarkoituksena oli auttaa lastenneuvolan tai kouluterveydenhuollon työntekijää yhteistyössä perheen kanssa suunnittelemaan mahdollisesti tarvittavia jatkotutkimuksia, tukea tai hoitoa lapselle ja perheelle. Kokonaisarvio pohjautui terveydenhoitajan subjektiiviseen arvioon ja havaintoihin, keskusteluihin lapsen ja vanhempien kanssa sekä terveystarkastuksessa tehtäviin mittauksiin, tutkimuksiin ja arviointimenetelmiin. Terveystarkastuksessa myös vanhemmat, lapsi tai nuori saattoivat tuoda esille omia huolen aiheitaan.

Valtioneuvoston asetus (338/2011) velvoittaa, että terveystarkastuksessa tehdään arvio lapsen terveydentilasta ja jatkotutkimusten, tuen ja hoidon tarpeesta yhdessä lapsen ja/tai huoltajan kanssa. Kokonaisarvion perusteella voidaan tehdä yksilöllinen terveys- ja hyvinvointisuunnitelma, jonka perusteella arvioidaan tuen ja hoidon tarvetta sekä tavoitteisiin pääsyä säännöllisesti myöhemmin lasta ja perhettä tavattaessa. Terveydenhoitajien arvion mukaan suuri osa lapsista ja nuorista voi hyvin ja heidän perheensä tukevat lasten tervettä kasvua ja kehitystä. Kuitenkin noin 5–15 %:ssa terveystarkastuksista terveydenhoitajilla oli herännyt vähintään lievää huolta lapsen terveydentilasta tai hyvinvoinnista. Vaikka terveydenhoitajia ei pyydetty kokonaisarviota tehdessään huomioimaan vanhempien koulutusta, he raportoivat enemmän huolia niiden perheiden lasten terveydentilasta ja hyvinvoinnista, joiden äideillä oli vähemmän koulutusta. Tulokset vahvistavat sitä, että väestöryhmien välisten sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi palveluja tulee kohdentaa haavoittuvimmassa asemassa olevien tukemiseen sekä tunnistetun tuen tarpeen mukaan koko ikäluokkaa koskevien yhtenäisesti toteutettujen terveystarkastusten ja -neuvonnan lisäksi.

Rokotuskattavuus

Valtaosa tutkimukseen osallistuneista oli saanut kaikki rokotusohjelman mukaiset tutkimuksessa tarkastellut rokoteannokset. Suomen ainutlaatuinen neuvola- ja kouluterveydenhuoltojärjestelmä sekä saajalleen maksuttomat rokotusohjelman rokotteet mahdollistavat sen, että kaikille lapsille ja nuorille pystytään tarjoamaan suojaa useita eri tauteja vastaan tasapuolisesti. Tutkimus osoitti myös, että jos per-

heet joutuvat maksamaan rokotukset itse, nämä eivät kohdennu tasa-arvoisesti kaikille. Tämän vuoksi on tärkeää, että tarpeelliseksi arvioidut rokotteet kuuluvat rokotusohjelmaan.

Vuonna 2005 siirryttiin uuteen lasten ja nuorten rokotusohjelmaan. Noin 99 % tähän tutkimukseen osallistuneista pikkulapsista oli saanut suosituksen mukaiset yhdistelmärokoteannokset kurkkumätää, hinkuyskää, jäykkäkouristusta, poliota ja vakavia Hib-tauteja kuten aivokalvontulehdusta, kurkkukannentulehdusta ja verenmyrkytystä vastaan. Vanhassa rokotusohjelmassa pistosten lukumäärä oli erillisten rokotteiden takia paljon suurempi, ja kahden vuoden ikään mennessä pikkulapset saivat rokotuksia lähes joka neuvolakäynnillä. Uuden ohjelman aikana sairauden tai muun syyn takia siirtynyt rokotus on helpompi antaa seuraavalla käynnillä.

Tämän tutkimuksen perusteella eniten hankaluuksia näyttäisi olleen juuri haasteellisessa vanhan ja uuden rokotusohjelman siirtymävaiheen toteutuksessa. Erityisesti silloin, kun lapselta oli puuttunut useita rokoteannoksia, ei niiden täydentäminen ollut aina onnistunut. Kaikkiaan sekä siirtymävaiheen että vanhan rokotusohjelman mukaan rokotetuista lapsista ja nuorista noin 4–8 %:lla oli vajaa rokotussuoja yllämainittuja tauteja vastaan. Valtaosalla heistä puuttui kuitenkin vain yksittäisiä tai muutamia rokotteita.

Tuhkarokko-, sikotauti- ja vihurirokko- eli MPR-rokotukset toteutuivat erinomaisesti. Kaikista tutkimukseen osallistuneista MPR-rokotusikäisistä lapsista ja nuorista 99 % oli saanut vähintään yhden annoksen MPR-rokotetta. Kokonaan MPR-rokotuksista kieltäytyviä oli hyvin vähän. Myös nuoruusiässä annettavan kurkkumätä-jäykkäkouristustehosteiden kattavuus oli korkea. Sen oli saanut yli 98 % tutkimukseen osallistuneista nuorista.

Oikea ja ajantasainen rokotustieto ei ole tärkeää pelkästään yksilön rokotushistorian dokumentoinnissa, vaan sitä tarvitaan myös rokotusten vaikuttavuuden ja turvallisuuden seurannassa. THL:n Rokotusten ja immuunisuojan osastolla työstehtään parhaillaan valtakunnallista ja ajantasaista rokotusrekisteriä. Vaikka tiettyjen määritettyjen rokotustietojen kirjaaminen potilasasiakirjoihin on ollut lakisääteistä vuodesta 2004 alkaen, tietoja on kirjattu hyvin vaihtelevin ohjein ja erilaisin tavoin erityyppisiin sähköisiin potilastietojärjestelmiin. Tämä hankaloittaa rokotustietojen yhteen kokoamista. Rokotustiedot lisättiin osaksi perusterveydenhuollon avohoitorekisterin (AvoHILMO) tietomäärittelyä toukokuussa 2010. Tarkoitus on, että tulevaisuudessa valtakunnallisen tiedon lisäksi on saatavilla myös yhtenäistä ja ajantasaista paikallista rokotuskattavuustietoa.

Masennusoireet ja kiusaamiskokemukset

Nuoren mielialan arviointi on kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa tärkeää. Masennusoireet ja muu oireilu oli kahdeksasluokkalaisilla tytöillä yleisempää kuin pojilla. Masennusoireet voivat ilmetä monella tavalla, mm. väsymyksenä,

kiukkuisuutena tai ärtyisyytenä. Nuori ei välttämättä itse tiedosta olevansa masentunut. Mielialakyselyn käyttö kahdeksannen luokan terveystarkastuksessa onkin kirjattu kouluterveydenhuollon suosituksiin. Kyselyn avulla voidaan erottaa nuorten hoitoa vaativaa psyykkistä oireilua nuoruusiän kehitykseen yleisesti liittyvistä erilaisista tunne-elämän oireista. Masennusoireiden tunnistaminen varhain on tärkeää, koska masennuksen aktiivinen hoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on ennustetta parantava tekijä. Kodin, koulun, kouluterveydenhuollon ja muun oppilashuollon yhteistyötä tarvitaan nuoren masennusoireiden tunnistamisessa, hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

Kiusaamiskokemuksia vähintään kerran kuukaudessa oli ensimmäisen luokan oppilaista liki kolmanneksella ja viidesluokkalaisista liki joka viidennellä. Keskeisiä tekijöitä kiusaamisen ehkäisyssä ovat lasten vuorovaikutustaitojen ja empatiakyvyn vahvistaminen sekä myönteisten vertaissuhteiden ja ryhmässä toimimisen taitojen tukeminen. Kiusaamiseen tulisi puuttua jo ennen kouluikää. Yhteistyö kodin, neuvolan, päivähoiton sekä koulun ja lasten ja nuorten kanssa työskentelevien muiden ammattihenkilöiden kanssa on kiusaamisen ehkäisyssä ja siihen puuttumisessa keskeistä. Kouluympäristöön on kehitetty kiusaamista ehkäisevä ja vähentävä toimenpideohjelma, KiVa Koulu, joka on jo laajasti käytössä Suomen peruskouluissa.

Ylipaino ja elintavat

Lasten ylipainoisuudessa havaittiin sekä alue-eroja että eroja vanhempien sosioekonomisen aseman mukaan. Turkulaislapset olivat hoikempia kuin lapset Kainuun maakunnassa. Vähemmän koulutetut äidit itse sekä heidän lapsensa olivat useammin ylipainoisia korkeasti koulutettuihin äiteihin ja heidän lapsiinsa verrattuna. Painonhallintaan, kuten muuhunkin terveyskäyttäytymiseen, vaikuttavat erityisesti elämänhallinnan taidot, elinympäristö ja sosiaalinen tuki. Neuvola ja kouluterveydenhuolto tarjoavat hyvät edellytykset ehkäistä lasten ja perheiden ylipaino-ongelmia, puuttua niihin jo hyvin varhaisessa vaiheessa sekä tarjota elintapaneuvontaa ja tukea niitä eniten tarvitseville perheille. Sekä palvelujen tarjonnassa että niiden kohdentamisessa tulisi huomioida myös alueelliset erot. Terveystarkastusten jatkotoimenpiteitä varten tarvitaan selkeää hoitoketjun toimintakaaviota oikean jatkohoidon löytämiseksi.

Ylipaino-ongelman ratkaisemiseksi tarvitaan kuitenkin myös paljon laajempia yhteiskunnallisia toimia yksilön terveystarkastuksia tukevan elinympäristön luomiseksi. Erilaisten rajoittavien, säännöstelevien ja hintapoliittisten keinojen on havaittu olevan tehokkaimpia tapoja vaikuttaa terveystarkastukseen ja erityisesti väestöryhmien terveyserojen kaventamiseen. Niiden lisäksi tulee turvata myös mahdollisuudet terveellisten elintapojen noudattamiseen esimerkiksi edistämällä kevyen liikenteen väylien ja liikuntapaikkojen rakentamista ja ylläpitoa sekä varmistamalla terveellisten elintarvikkeiden saatavuus ja joukkoruokailutarjonta.

Lasten ja perheen ruokatottumusten arviointi on osa terveystarkastusten oh-

jaavaa keskustelua. Kuitenkin perheen resurssit ja elämäntilanne sekä lasten ja perheen arkirytmi on tunnistettava terveyttä edistävien ratkaisujen etsimiseksi. Päivähoidon ja koulujen ruokapalvelun tarjoamat ateriat ovat oleellinen osa lapsen päivittäistä ruokailua. Ruokapalvelun laatuun tulee kiinnittää huomiota ja turvata hoito- tai koulupäivän ruokapalvelu riittävin resurssein. Kouluaterioiden nauttiminen ei tällä hetkellä toteudu parhaalla mahdollisella tavalla, koska tarjotusta ateristiasta osa jää nauttimatta. Kouluateria on lapsen terveyttä edistävä ravitseva ateria ja kaikille lapsille tasapuolinen mahdollisuus. Kouluaterian merkitys lapsen ravitsemukselle tulee tehdä tunnetuksi vanhemmille, koulun opetushenkilöstölle ja kunnan päättäjille, jotta kouluaterioiden laatu ja tarjonta säilyy ja ne nautitaan kokonaisuudessaan. Kouluaterian arvostusta voidaan lisätä jopa koulumaailman säännöillä, jotka kieltävät makeisten tuomisen kouluun, makeisia ja virvoitusjuomia myyvät automaatit tai koulualueelta poistumisen.

Vanhempien tulisi kodeissa kiinnittää huomiota lasten aamupalan nauttimiseen ja monipuoliseen perheen iltateriaan. On tärkeää turvata lapselle hedelmien ja kasvien saatavuus iltaterialla, välipaloilla ja iltapalalla. Perheen yhteisen ajankäytön tulisi olla väline perheen päätöksenteossa, ruokahankintojen suunnittelussa ja ruokavalion toteutuksessa. Yhteinen iltateria muodostaa mahdollisuuden jatkuvaan perheen vuorovaikutukseen ja takaa parhaiten ruokahetken, joka toimii sekä vuorovaikutustilanteena että tarjoaa puitteet ravitsevan, monipuolisen aterian toteuttamiselle.

Terveellistä ravitsemusta edistävän koulun ja päivähoidon tavoitteisiin ja toteuttamiseen tulisi kiinnittää huomiota (esim. laadukkaat ruokapalvelut, karkiton koulu) opetus-, liikunta-, sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöllä. Yhteiskunnan muutkin sektorit voivat suojella lapsen elinympäristöä, esimerkkinä sokerivero tai lapsiin kohdistuvan ruokamainonnan kieltäminen. Hyvin valitut ja perustellut ruokatottumuksia ja ravitsemusta kuvaavat mittarit toistuvasti ja kattavasti kerättyinä kaikista Suomen lapsista ja nuorista ovat välttämättömiä ohjaustoimenpiteiden vaikuttavuuden arvioimiseksi. Esimerkkejä tällaisista ovat kouluruokailuun osallistuminen, perheen yhteinen ateria tai D-vitamiinivalmisteiden käytön yleisyys.

Harrastukset ovat osa lapsen sosiaalista kasvua ja kehitystä. Lasten harrastamattomuus on tämän tutkimuksen mukaan eriarvoistavaa niin alueellisesti kuin sosioekonomisestikin. Äidin koulutuksella ja lapsen harrastamattomuudella oli selkeä yhteys ja pääasiassa vähintään kymmenen prosenttiyksikön ero alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä. Lähialueiden tarjonnalla ja perheen sosiaalisella asemalla ei tulisi olla yhteyttä lapsen harrastuksiin, vaan kaikille tulisi taata niihin yhtäläiset mahdollisuudet. Lapset leikkivät ja liikkuvat yleensä luonnostaan, kun heillä on siihen mahdollisuus. Suurin osa tähänkin tutkimukseen osallistuneista pienistä lapsista ulkoili ja liikkui suositusten mukaan. Noin joka kymmenennellä leikki-ikäisellä ja ensimmäisen luokan oppilaalla suositukset eivät kuitenkaan toteutuneet. Mitä vanhemmista lapsista oli kysymys, sitä pienempi osuus liikkui ikäluokalle tarkoitettun liikuntasuosituksen edellyttämän määrän päivässä. Vain

noin neljäs-viidesosa viides- ja kahdeksaluokkalaisista harrasti liikuntaa suosituksen mukaan.

Alle kouluikäisillä, ensimmäisellä ja viidennellä luokalla olevilla lapsilla yli kahden tunnin päivittäinen ruutu-aika arkisin oli harvinaisempaa korkeammin koulutettujen äitien kuin vähemmän koulutettujen äitien lapsilla. Koululaisten ruutuajan suositus, korkeintaan kaksi tuntia päivässä, ylittyi sitä useammin, mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys. Kahdeksaluokkalaisista suuri osa, noin 80 %, oli ruudun äärellä arkisin yli kaksi tuntia. Tietokoneen käyttöön liittyy lapselle ja nuorelle positiivisia asioita ja oppimista, mutta runsas viihdemedian käyttö voi vähentää muuhun toimintaan käytettyä aikaa, esimerkiksi liikunnalle voi jäädä liian vähän aikaa. Alle kouluikäisille lapsille ei ole ruutuajan suosituksia. Pienten lasten ruutuajan suosituksista saattaisi olla hyötyä vanhempien kasvatustyön ja terveysneuvonnan tukena. Neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa on mahdollisuus keskustella lasten ruutuajasta ja tukea koko perheen terveellisiä liikuntatottumuksia. Vanhempien esimerkki lapsen liikunnallisuudelle on merkittävä. Keskustelun ja neuvonnan tueksi on kehitetty materiaalia esimerkiksi Suomen Sydänliiton Neuvokas perhe-hankkeessa ja Turun sosiaali- ja terveystoimen Painokas-hankkeessa. Lasten ja nuorten fyysisen aktiivisuuden edistämiseksi tarvitaan myös laajempaa yhteistyötä kunnan eri toimijoiden kesken. Turvallinen ja kattava kevyen liikenteen verkosto, puistot ja leikkikentät sekä päivähoitopaikkojen ja koulujen pihojen viihtyisyys ja turvallisuus mahdollistavat ja innostavat lapsia ja nuoria liikkumaan. Liikunnallisen toimintakulttuurin juurruttaminen on Liikkuva koulu -hankkeen tavoitteena. Myös päivähoitopäivän liikunnallisuuteen on syytä kiinnittää entistä enemmän huomiota. Lasten liikuntasuosituksen toteuttamiseksi kehitettyjen hankkeiden ja kampanjoiden haasteena on hankkeen aikana kehitettyjen toimintatapojen levittäminen mahdollisimman laajasti sekä toiminnan vakiinnuttaminen osaksi normaalia toimintaa hankkeen päätyttyä.

Useista tutkimuksista tiedetään, että moniin elintapoihin ja erityisesti päihteiden käyttöön vaikuttavat olennaisesti elinympäristö ja läheisten tarjoama malli. Tässäkin tutkimuksessa havaittiin, että tupakoivia nuoria oli eniten tupakoivilla vanhemmilla ja vähintään kerran tosi humalassa olleita nuoria niillä vanhemmilla, joilla oli vähintään lievästi kasvanut alkoholinkäytön riski. Lähes puolet enintään ammatillisen koulutuksen suorittaneiden äitien lapsista elää perheessä, jossa ainakin toinen vanhemmista tupakoi. Vähemmän opiskelleiden äitien tupakoinnissa oli etenkin raskaus- ja imetysaikana kolmin-nelinkertaiset erot verrattuna pidempään opiskelleisiin. Äideistä 6 % ja isistä jopa 28 % (perheistä joka kolmannessa) käytti alkoholia niin, että heidän alkoholikäytön aiheuttaman riskin voi sanoa olevan vähintään lievästi kasvanut. Vähemmän opiskelleet käyttivät hieman yleisemmin liikaa alkoholia. Kun päihteiden käyttö Suomessa on yleisempää vähemmän koulutetuilla ja alemmissa sosiaaliryhmissä, on tämä yksi merkittävä asia, joka vaikuttaa jo varhain terveyserojen syntymiseen.

Nuorten päihteidenkäytön vähentämisessä ensisijaista on käytön aloittamisen

ehkäiseminen. Kiellot sekä hinnan, saatavuuden ja mainonnan sääntely ovat tasa-puolisimpia ja vaikuttavimpia keinoja. Myös varhainen puuttuminen nuorten päih-teidenkäyttöön on tärkeää. Ympäristö ja läheisten ihmisten malli on myös hyvin merkittävää. Lainsäädännöllä on pystytty merkittävästi vaikuttamaan siihen, että lapsistamme vain muutama prosentti altistuu päivittäin tupakansavulle sisätiloissa eri kehitysympäristöissään. Lasten ja nuorten tupakoinnin ehkäisyä tueksi tarvi-taan myös heidän vanhempinsa kohdistuvia tukitoimia. Vanhempien elintapoja tuleekin käsitellä myös lapsen näkökulmasta erityisesti työterveyshuollossa, äitiys- ja lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa.

Turvallitteiden käyttö ja riittävä uimataito

Turvallitteista heijastimen käytössä ei ollut eroa alueiden eikä äidin koulutustaustan mukaan. Sen sijaan äidin koulutustausta oli yhteydessä auton turvallitteiden ja pyö-räilykypärän käyttöön sekä riittävään uimataitoon. Korkeamman koulutustaustan äitien lapsilla turvallitetta aina autossa matkustaessaan ja pyöräilykypärää aina pyö-räillessään käyttävien osuudet olivat suurempia kuin alemman koulutustaustan äi-tien lapsilla. Vastaava ero oli kouluikäisten lasten uimataidossa. Alueiden välillä eroja oli pyöräilykypärän käytössä ja pienten koululaisten uimataidossa. Turussa pyöräi-lykypärän käyttö oli yleisempää kaiken ikäisillä lapsilla ja 1. luokan oppilaat osasivat yleisemmin uida luokka-asteelle riittäväksi katsotun matkan kuin Kainuussa.

Yleisesti ottaen toimiviksi todettujen turvallitteiden käyttöä tieliikenteessä voi-daan lisätä monin keinoin. Keskeistä on lisätä vanhempien ja nuorten tietoisuutta turvallitteiden suojaavasta vaikutuksesta, ja näin lisätä motivaatiota niiden käyt-tämiseen. Tässä neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa tapahtuvalla terveysneu-vonnalla on suuri rooli, sillä se tavoittaa paitsi lapset niin myös laajoissa terveystar-kastuksissa vanhemmat. Kotoa saadulla esimerkillä on merkitystä turvallisuuteen liittyvien asenteiden omaksumisessa. Kodin turvallisuuteen liittyvää kasvatusta voidaan tukea sopimalla päivähoitossa ja koulussa esimerkiksi pyöräilykypärän käyttöön liittyen yhteisistä käytännöistä.

Yhteiskunnan tuki on erityisen tärkeää sosioekonomisten erojen kaventami-seksi. Vain yksilöä aktivoiviin keinoihin tukeutuminen muutosta tavoiteltaessa ei välttämättä tuota toivottua tulosta, jos olosuhteet muussa elinympäristössä ovat muutosta vastaan. Yhteiskunta voi esimerkiksi lainsäädännön ja valvonnan kei-noin tukea keskeisten turvallitteiden käyttöä. Tämä edellyttäisi selkää ajosuuntaan asennettavien turvaistuinten, pyöräilykypärän ja heijastimen osalta lainsäädän-nön tarkentamista. Vastaavasti turvallitteiden käytettävyyttä tulisi ottaa enenevissä määrin huomioon jo tuotekehittelyssä ja näin poistaa mahdollisesti tähän liittyviä esteitä pyöräilykypärän ja selkää ajosuuntaan asennettavien istuinten käyttöönotol-ta. Lisäksi tulisi aktiivisesti etsiä keinoja parantaa turvallitteiden saatavuutta myös alemman sosioekonomisen koulutustaustan perheille. Näitä voisivat olla esimer-kiksi välttämättömäksi todettujen turvallitteiden arvonlisäveron alentaminen tai

niiden lainaus- ja vuokrausjärjestelmien kehittäminen. Toimivia esimerkkejä niistä löytyy muista Euroopan maista.

Lasten yhtäläisen uimataidon näkökulmasta erityisen keskeisessä osassa on peruskoulujen uimaopetus, jonka perusopetuksen opetussuunnitelmien perusteiden mukaisessa tasaveroisessa toteutumisessa on aiemmissa selvityksissä todettu olevan haasteita eri puolilla Suomea. Alueiden väliset erot uimataidossa näyttivät nyt tehdyn tutkimuksen mukaan tasoittuvan peruskoulun aikana. Peruskoulun uimaopetus on osaltaan voinut vaikuttaa alueellisten erojen pienenemiseen. Toisaalta samaan aikaan äidin koulutuksen mukainen ero lasten uimataidossa puolestaan säilyi koko peruskoulun ajan, eli täysin tasavertaisessa asemassa lapset eivät uimataidon suhteen näytä Suomessa olevan. Kunnissa onkin tarpeen huolehtia, että opetus toteutuu vähintään opetussuunnitelmissa määrättyssä laajuudessa – kaikilla lapsilla ei välttämättä ole mahdollisuuksia osallistua uimaopetukseen koulun ulkopuolella. Kunta voi myös tukea koulun ulkopuolista uimahallin käyttöä esimerkiksi tarjoamalla heikommassa asemassa oleville lapsille tätä varten liikuntaseteleitä tai muita vastaavia subventioita.

Jatkossa kuntien kannattaa huomioida lasten ja nuorten terveyttä ja turvallisuutta edistäessään juuri toimiviksi todettujen turvalaitteiden käyttöaktiivisuus sekä uimataito ja suunnata niihin aktiivisesti eri toimijoiden (esim. terveydenhuolto, poliisi, koulut, päivähoito, vapaa-ajan toimijat) toimia. Heikommassa asemassa olevien ryhmien, kuten lasten ja nuorten äänen kuulumiseen kunnallisessa päätöksenteossa on tarpeen panostaa.

Puheenkehityksen ongelmat

Tässä tutkimuksessa lasten puheen ongelmien arvio perustuu vanhempien raportointiin tietoihin. Pojilla oli enemmän ongelmia kuin tytöillä puheen sujuvuudessa ja selkeydessä 3-vuotiaana ja heidän puheensa oli edelleen 5-vuotiaana epäselvempää kuin tytöillä. Lisäksi pojilla esiintyi enemmän änkytysoireita ja äännevirheitä kuin tytöillä sekä epäselvää puhetta vielä kouluikässäkään. Vähemmän koulutusta suorittaneiden äitien lapsilla oli enemmän puheen sujumattomuutta kuin enemmän koulutusta saaneiden äitien lapsilla. Vähemmän koulutetuilla äideillä ja isillä oli itsellään myös esiintynyt enemmän puheen ja kielen kehityksen ongelmia kuin korkeammin koulutetuilla äideillä ja isillä. Lisäksi vähemmän koulutetuissa perheissä sisaruksilla esiintyi enemmän puheenkehityksen ongelmia.

Pojat olivat olleet useammin puheterapeutin arviossa tai kuntoutuksessa kuin tytöt. Alueellisia eroja esiintyi siten, että Kainuussa otettiin enemmän yhteyttä puheterapeuttiin kuin Turussa neuvolaikäisten lasten puheenkehityksen ongelmista. Yhteydenottoja puheterapeuttiin oli selvästi enemmän neuvolaikäisten ja erityisesti 5-vuotiaiden lasten kohdalla. Yhteydenotot vähenivät kouluikään tultaessa. Turussa puheterapeutin kuntoutuksessa oli ollut hieman enemmän kouluikäisiä lapsia kuin neuvolaikäisiä, ja Kainuussa puolestaan neuvolaikäisiä enemmän kuin kou-

luikäisiä. Alueellisten erojen tarkempi tarkastelu edellyttäisi lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon käytössä olevien puheterapeuttipalvelujen selvittämistä.

Yhteiskunnallisesti tulee tarjota systemaattista, mahdollisimman varhaista puheenkehityksen seulontaa neuvolaiässä, ja sitä varten tarvittaisiin puheenkehityksen arviointimenetelmien kehittämistä sekä riittävien puheterapeuttipalvelujen varmistamista. Myös kouluikäisten puheen ja kielen ongelmien arviointi ja kuntoutus on tärkeää, ja puheterapeutin palveluja pitäisi olla saatavilla kouluissa, ei pelkästään erityiskouluissa vaan myös yleisopetuksen puolella. Yhteistyön tulisi olla eri tahojen välillä tiivistä. Vanhempien ohjaus on tärkeää, jotta he osaisivat tukea lapsensa puheen kehitystä jo varhaisvaiheista. Puheenkehityksen hoitamattomat ongelmat saattavat lisätä mahdollisuutta valikoitua koulutusurille ja työpaikkavalintoihin, joissa puheen sujuvuudella tai muilla puheenkehityksen ongelmilla ei ole merkitystä. Tällöin voidaan puhua hyvinvointiin tai terveyteen liittyvästä valikoitumisesta, mikä ohjaa yksilön valintoja ja johon voidaan yhteiskunnan toimin puuttua.

Lopuksi

Osoitus toimivasta universaalia yhteiskuntapolitiikkaa toteuttavasta hyvinvointivaltioista on toimiva ja kattava terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltopalvelut tavoittavat lähes kaikki lapset, nuoret ja lapsiperheet. Palvelujärjestelmä mahdollistaa lasten ja perheiden säännölliset tapaamiset, jolloin terveystarkastukset ja -neuvonta muodostavat saumattoman jatkumon äitiysneuvolasta lastenneuvolaan ja edelleen koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Erityisesti laajat terveystarkastukset mahdollistavat koko perheen hyvinvoinnin selvittämisen, erityisen tuen tarpeen tunnistamisen ja tarvittavan tuen ja hoidon järjestämisen. Laajat terveystarkastukset edellyttävät lasten, nuorten ja lapsiperheiden kanssa toimivien tahojen yhteistyötä. Moniammatillinen, kunnan hallintorajat ylittävä yhteistyö vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä palvelujen järjestämisessä. Lasten ja perheiden tarvitseman tuen ja hoidon järjestäminen edellyttää, että terveyskeskuksissa on määritelty ehkäisevän työn rakenteet, tavoitteet ja tarvittava osaaminen sekä sovittu jatkotoimenpiteistä. Hyvinvointia tukevat ennaltaehkäisevät hoitoketjut voidaan toteuttaa riittävän varhain, jos tuen tarpeiden ja huolen aiheiden perusteella perheelle voidaan tarjota lisäkäyntejä, esimerkiksi kotikäyntejä, terveysneuvontaa ja seurantaa varten. Terveysneuvonnan on perustuttava ajantasaiseen tietoon ja sitä on tarjottava koko perheelle yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Tämä edellyttää neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien ja lääkäreiden säännöllistä täydennyskoulutusta.

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveydestä ja hyvinvoinnista tarvitaan säännöllistä valtakunnallista seurantaa ja raportointia. Lasten terveysseurannan kehittä-

tämishankkeen (LATE) työryhmä on tehnyt ehdotuksen, että keskeiset tiedot valtakunnallista lasten terveysseuranta varten kerättäisiin suoraan määräaikaista terveystarkastuksista esimerkiksi osana AvoHILMO-tiedonkeruuta. Tämä edellyttää kuitenkin muun muassa terveystarkastusten sisältöjen ja ajankohtien riittävää yhdenmukaisuutta sekä rakenteisen tilastoinnin mahdollistavia potilastietojärjestelmiä sekä lainsäädäntöä, joka mahdollistaa terveystarkastuksista kertyvän tiedon valtakunnallisen tilastoinnin. Lasten sähköistä potilaskertomusta varten on määritelty yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa lasten kasvun ja kehityksen rakenteiset tiedot. Kehittämistyötä jatketaan THL:ssa edelleen mm. lasten ja nuorten terveydenhuollon tietorakenteiden asiantuntijaryhmässä.

Terveystarkastuksia koskevaa lainsäädäntöä on uudistettu. Neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskeva asetus (VNA 338/2011) säättää terveystarkastusten sisällöstä ja määrästä. Lisäksi Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään neuvolapalvelujen ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toteuttamisesta ja sisällöstä. Uuden lainsäädännön tavoitteena on parantaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja laatua sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveyseroja pyritään kaventamaan universaalien palvelujen lisäksi muun muassa tunnistamalla tuen tarve mahdollisimman varhain, järjestämällä erityistä tukea sitä tarvitseville, selvittämällä terveystarkastuksiin osallistumattomien tuen tarve sekä järjestämällä opiskelu- ja työelämän ulkopuolelle jääneille terveystarkastuksia.

Lastenneuvolatyötä ja kouluterveydenhuoltoa koskevat suositukset on julkaistu 2000-luvulla (Lastenneuvolaopas 2004, Kouluterveydenhuollon opas 2002 ja Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004). Kansallisia oppaita täydentää THL:n menetelmäkäsikirja lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa tehtävistä mittauksista ja tutkimuksista. Menetelmäkäsikirja yhdenmukaistaa osaltaan terveystarkastuskäytäntöjä. Myös THL:n käsikirjoitusvaiheessa oleva ohjeistus laajojen terveystarkastusten toteuttamisesta tulee tukemaan terveydenhuollon ammattilaisia terveystarkastusten toteuttamisessa.

Pelkällä palvelujärjestelmämme virittämällä ennaltaehkäisevän hoitoketjun suuntaan sosiaalista eriarvoisuutta ei voida korjata. Sosiaalinen eriarvoisuus on rakenteellinen ongelma, mikä koostuu materiaalien, sosiaalisten, tiedollisten ja kulttuuristen voimavarojen epätasaisesta jakautumisesta hyvinvointiyhteiskunnassamme. Terveiden edistämiseksi ja terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisessa erilaiset yhteiskuntapoliittiset keinot kuten lainsäädäntö, verotus, valvonta ja myös eriarvoisuutta vähentävän yhdyskuntasuunnittelun ja sosiaalipoliittisten toimien tukeminen ovat avainasemassa. Kunnissa ja alueilla voidaan parantaa mm. kotipalveluiden saatavuutta, pohtia terveys- ja terveyserovaikutuksia kaavoituksessa, turvata liikunta- ja kulttuuriharrastusten tarjonta, turvata riittävät resurssit sosiaali- ja terveydenhuoltoon, taata kattava aamu- ja iltapäivähoito, panostaa ehkäisevään lastensuojeluun, ottaa käyttöön moniammatillisia menetelmiä sekä keskittyä nivelvaiheiden onnistumiseen ja syrjäytymisen ehkäisyyn. Yhteiskunnan tulee tu-

kea yksilöä tekemään riittävän vapaasti hyvinvointia tukevia valintoja ilman sosiaalista portaikkoa. Nyt hyvässä sosiaalisessa asemassa olevan yksilön tai perheen mahdollisuus valita on suurempi ja tätä valinnan mahdollisuutta tulee laajentaa myös muissa sosiaaliryhmissä.

Käytännössä suomalainen yhteiskunta on näyttänyt terveyserojen kaventamisen mahdollisuudet poistamalla imeväisikäisten kuolleisuuden sosiaaliryhmien väliset erot ja tarjoamalla rokotusohjelman maksuttomilla rokotteilla tasapuolista suojaa koko väestölle. Nämä ovat erinomaisia perusteluja sille, että moni muukin terveyseroja kaventava tuloksellinen toiminta on mahdollista tulevaisuudessa. Tämän kirjan tulokset antavat hyvän mahdollisuuden pohtia käytännössä, mihin asioihin ja toimiin tulisi päätöksenteon eri sektoreilla yhteistyössä keskittyä. Pääosaan tämän kirjan tuloksista voidaan käytännössä päätöksenteolla vaikuttaa.